

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Curso ministrado em parceria com a Escola Superior de Tecnologia da Saúde de
Lisboa

(DR – II Série, n.º. 250 de 29 de Outubro de 2002)

Área de especialização em:

Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde

Avaliação do Projecto

Formalização Consulta de Enfermagem em Pneumologia

Dissertação de Mestrado apresentada por:

Maria Rosalina Aragão

Orientadora:

Prof^a. Doutora Maria da Saudade Rodrigues Colaço Baltazar

Évora

Julho 2011

Resumo

Avaliação do projecto “ Consulta de Enfermagem em Pneumologia”

O presente estudo consiste na avaliação, do processo do planeamento de um projecto, intitulado “ Formalização da Consulta de Enfermagem em Pneumologia”. O motivo da realização desta investigação é: aquisição de conhecimentos na área de avaliação de processos, contribuição para monitorização da implementação da Consulta de Enfermagem em Pneumologia no HESE EPE, que visa um acréscimo na qualidade de vida dos utentes do foro pneumológico.

A metodologia utilizada é a análise de conteúdo categorial temática que é lógica e qualitativa associada a um processo indutivo de produção de particularidades, aplicada a entrevistas exploratórias a 6 actores privilegiados

A avaliação do processo em termos do plano operacional verifica-se que instrumentos de diagnósticos foram os que melhor se adaptaram á estratégia que pretendia implementar no que refere a sua adequabilidade, eficácia e eficiência e pertinência. Relativamente aos objectivos não foram eficazes, segundo as entrevistas, não optimizaram todos os meios em função do que se queria obter.

Face aos resultados obtidos foi realizado o replaneamento do projecto com base numa metodologia científica, a metodologia MAPA para posteriores avaliações

Palavras-chave: **Avaliação de Processos, Doenças crónicas, Projecto “ Consulta de Enfermagem em Pneumologia, Hospital Distrital de Évora**

Abstract

Evaluation of the project “Nursing Consultation in Pneumology

The present study is the evaluation of the planning process for the project “The formalization of nursing Consultation in Pneumology” The reason of conducting this research is the acquisition of knowledge in assessment processes, contribute to monitoring the implantation of nursing consultation on the pneumology HESE EPE, Which seeks an increase in quality of life of users of the forum pulmonology.

The methodology used is categorical thematic content analysis and qualitative logic that is associated with an inductive process for the production of special features, applied to the exploratory interviews six frontline players.

Process evaluation in terms of the operational plan it appears that diagnostic tools were better adapted to the strategy they intend to implement in regard to their appropriateness, effectiveness, efficiency and relevance. For those objectives have not been effective, according to interviews, not all means optimized In terms of what it wanted to achieve.

Considering our results we performed the replanning of the project based on scientific methodology, the Methodology for future evaluations MAP

Keyword: **Process Assessment, Chronic, the project "Nursing Consultation in Pneumology, Hospital District of Évora**

Dedicatória

Dedico este trabalho ao Meu único irmão António, falecido em 10-07-1999
e à minha grande amiga Ana Lúcia, falecida em 27-09- 2009

AGRADECIMENTOS

Na tese de mestrado, tive ocasião de referir que uma dissertação, apesar do processo solitário a que qualquer investigador está destinado, reúne contributos de várias pessoas. Volto a reiterar tal afirmação, com a certeza de que nunca foi tão verdadeira quanto agora. Desde o início deste, contei com a confiança e o apoio de inúmeras pessoas e instituições. Sem aqueles contributos, esta investigação não teria sido possível.

À Prof^a. Doutora Maria da Saudade Rodrigues Colaço Baltazar, orientadora da dissertação, agradeço o apoio, a partilha do saber e as valiosas contribuições para o trabalho, e ainda, obrigada por me motivar e por estimular em períodos muito difíceis da minha vida pessoal e familiar.

Um agradecimento muito especial à autora do projecto, Sr^a Enfermeira Beatriz Seruga pela colaboração e disponibilidade demonstrada, ao Enfermeiro Director do Hospital do Espírito Santo, E.P.E. pela autorização que me aprovou para a realização da observação e aplicação das entrevistas, e a todo o pessoal das Consultas Externas, pela disponibilidade demonstrada, a responder as entrevistas.

Um especial agradecimento à Dra. Susana Tavares devido a sua larga experiência e capacidade analítica da realidade hospitalar que foram particularmente úteis para estudo realizado, à Dra. Carla Andrade pelo apoio realizado no campo informático, ao Dr. Luís Coelho, pelo conhecimentos técnico fornecidos, pela bibliografia fornecida (área da Pneumologia), discussão do tema e o seu apoio incondicional.

Sou muito grata os meus familiares Pai e Mãe pelo incentivo recebido ao longo destes anos, os quais prescindiram da minha companhia e apoio. O meu profundo e sentido agradecimento a todas as pessoas que contribuíram para a concretização desta dissertação, estimulando-me intelectual e emocionalmente.

ÍNDICE

	Resumo.....	i
	Abstract.....	ii
	Dedicatória.....	iii
	Agradecimentos.....	iv
	Índice	v
	Índice de gráficos	viii
	Índice de tabelas	viii
	Índice de figuras	ix
	Índice de quadros	x
	Siglas e abreviaturas	xi
	INTRODUÇÃO.....	1
Secção I	ENQUADRAMENTO TEÓRICO	6
1	DOENÇAS CRÓNICAS NA SOCIEDADE ACTUAL	7
1.1	Enquadramento Geral	7
1.2	Conceitos e Tipologias Doenças Crónicas	9
1.3	Doenças Crónicas e Factores de Risco	10
1.4	Impacto das Doenças Crónicas	14
1.4.1	Características	14
1.4.2	Diagnóstico	15
1.5	Doenças do Foro Respiratório	16
1.5.1	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica	17
1.5.1.1	Conceitos	20
1.5.1.2	Etiologia	21
1.5.1.3	Sintomatologia e Tratamento	22
1.5.2	Asma	24
1.5.2.1	Conceitos	26
1.5.2.2	Etiologia	28

1.5.2.3	Sintomatologia e Tratamento	29
1.6	Importância da Construção dum Referencial Promotor dos Hábitos saudáveis	30
1.6.1	Formação/ Informação/ Educação	33
1.6.2	Aprender a Viver com Limitação	37
Secção II	CARACTERIZAÇÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE	39
2	COMPARAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS COM ALGUNS SISTEMAS DE SAÚDE EUROPEUS	40
2.1	Sistema de Saúde Português	40
2.1.1	Breve História do Sistema Nacional de Saúde Português	40
2.1.2	Financiamento do Sistema de Saúde	44
2.2	Cobertura do Sistema de Saúde	46
2.3	Comparações	48
Secção III	CARACTERIZAÇÃO DE PLANEAMENTO E AVALIAÇÃO DE PROCESSOS.....	52
3.	PLANEAMENTO E AVALIAÇÃO DE PROCESSOS	53
3.1	A Importância Colectiva e Individual do Planeamento	55
3.2	Avaliação como uma das Fases da Metodologia do Planeamento	56
3.2.1	Tipologias	58
Secção IV	DEFINIÇÃO DA METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO UTILIZADA	61
4	METODOLOGIA DE ESTUDO	62
4.1	Tipo de Estudo	66
4.2	Método Aplicado	67
4.3	Técnica de Recolha de Dados	72
4.4	Técnica de Análise de Dados	74
Secção V	SISTEMATIZAÇÃO E TRATAMENTO DOS DADOS OBTIDOS	77
5	AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE PLANEAMENTO DO PROJECTO “FORMALIZAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE PNEUMOLOGIA” NO HESE EP.....	78
5.1	Breve Resumo do Projecto	78
5.2	Avaliação do processo	79

5.2.1	Na Elaboração do Diagnóstico	83
5.2.2	No Planeamento da Intervenção	89
5.2.3	Discussão dos Resultados	95
5.2.4	Avaliação do Projecto	103
Secção VI	REPLANEAMENTO.....	105
6	REPLANAMENTO DO PROJECTO FCEP BASEADO NA METODOLOGIA MAPA.....	106
6.1	Construção da árvore de problemas	107
6.2	Abordagem da análise das necessidades	110
6.3	Planeamento de intervenção	112
6.4	Estabelecimento de critérios para definir prioridades	113
6.5	Elaboração de objectivos verificáveis	114
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	116
	BIBLIOGRAFIA	118
Anexos		127
Anexo I	Fluxograma da Consulta de Enfermagem em Pneumologia	128
Anexo II	Autorização do HESE-EPE.....	130
Anexo III	Guião da Entrevista	132
Anexo IV	Grelha de Análise de Conteúdo	135
Anexo V	Guião de Observação.....	154
Anexo VI	Quadro Analítico	158
Anexo VII	Levantamento de Problema 1.....	180
Anexo VIII	Levantamento de Problema 2.....	182
Anexo XIX	Levantamento de Problema 3.....	184
Anexo X	Análise SWOT – Três Problemas identificados	186

Índice de Gráficos

1	Taxa de Mortalidade Padronizada por 100 000 Habitantes, em 2005, nalguns Países Seleccionados	7
2	Prémios de Cuidados de Saúde Privados (Individuais e de Grupo) por cabeça da População em países Seleccionados da União Europeia 1993.....	47
3	Penetração do Seguro Médico Privado em Países da EU, Início da Década de 90.....	48

Índice de Tabelas

1	Indicadores Socioeconómicos de Países Seleccionados das Estatísticas de Saúde de 2005.....	8
2	Consultas Médicas nos centros de Saúde por Medicina Geral e Familiar/ Clínica e Pneumologia, Localização Geográfica.....	12
3	Internamento Hospitalar de Medicina Interna e Pneumologia em 2005 por Regiões.....	12
4	Componentes da Despesa em Saúde 2005	13
5	Encargos com A DPOC.....	20
6	Carga da Doença atribuível ao Tabaco em Portugal.....	21
7	Protecção Social em Saúde – Países Industrializados seleccionados, 2005.	49
8	Participação em % dos Gastos Públicos Totais em Saúde, países da OCDE Seleccionados, 1970-2004	49

Índice de Figuras

1	Distribuição dos Centros de Diagnóstico Pneumológico.....	11
2	Diversos estádios da DPOC.....	19
3	Prevalência da Asma.....	25
4	Esquema Do conceito de Asma.....	27
5	Ciclo de Projecto.....	56
6	Cristal MAPA.....	66
7	Análise de Conteúdo – Processo de Recolha de Dados	71
8	Árvore de Identificação de Problemas	109
9	Modelo de Eisenhower.....	112

Índice de Quadros

1	Factores de Risco da DPOC.....	22
2	Meios Complementares de Diagnóstico para a DPOC.....	23
3	Classificação da Gravidade da Asma	28
4	Factores de Risco da Asma.....	29
5	Os Países Da EU Agrupados de Acordo Com o Método de Financiamento Actual ou Planeado	46
6	Financiamento dos sistemas de Saúde.....	50
7	Critérios de avaliação considerados pela União Europeia	54
8	Tipologia de Práticas Avaliativas.....	58
9	Domínios Possíveis da Aplicação da Análise de Conteúdo.....	69
10	Fontes de Informação utilizadas no projecto FCEP de acordo com as respostas das entrevistas	82
11	Avaliação do Processo em Termos de Instrumentos de Diagnostico	89
12	Avaliação do Processo de Planeamento de Intervenção	94
13	Avaliação do Processo em Termos do Planeamento Operacional.....	96
14	Análise Tipo SWOT Aplicado ao Projecto FCEP	111
15	Critérios de Priorização segundo o FCEP.....	113
16	Matriz de Enquadramento Lógico – MEL- Aplicado ao Projecto FCEP.....	115

Abreviaturas/ Siglas

ADVITA	Associação para o Desenvolvimento das Novas Iniciativas para a Vida
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CCFE	Curso Complementar de Formação para Enfermeiros
CE	Consulta Externas
CEE	Comunidade Económica Europeia
DALYS	Disability Adjusted Life Years
DC	Doença Crónica
DCNTs	Doenças Crónicas Não Transmissíveis
DGS	Direcção Geral da Saúde
ELF	European Lung Foundation
EOHSP	European Observatory on Health Systems and Policies
ERS	European Respiratory Society
FCEP	Formalização da Consulta de Enfermagem em Pneumologia
FEV1	Forced Expiratory Volume no 1.º segundo
FVC	Forced Vital Capacity
GINA	Global Initiative for Asthma
GOLD	Global Obstrutive Lung Disease
HESE-EPE	Hospital do Espírito Santo – Entidade Publica Empresarial
INE	Instituto Nacional de estatística
MAPA	Método Aplicado de Planeamento e Avaliação
MEL	Matriz de Enquadramento Lógico
NAEPP	National Asthma Education and Prevention Program
NHS	National Health System
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento económica
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONDR	Observatório Nacional para as Doenças Respiratórias

OPSS	Observatório Português dos Sistemas de Saúde
PPP	Parceria Público Privada
PIB	Produto Interno Bruto
PSD	Partido Social Democrata
SWOT	Strenghts, Weaknesses, Opportunities and Threats
SU	Serviço de Urgência

INTRODUÇÃO

As reformas introduzidas nos últimos anos no sector da Saúde devem-se a vários factores, mas especialmente aos relacionados com gastos públicos crescentes na área da saúde e à crise do “Welfare State”, projecto de hegemonia desenvolvido pelas classes dominantes europeias após a 2ª Guerra Mundial. Os países europeus iniciaram, na década de 80, os seus próprios processos de reforma. Nesse período, a agenda da reforma pautou-se por manter a cobertura universal; seguindo o padrão keynesiano de sistemas de protecção social com eixo estatal; com vista a atingir a meta de “Saúde para Todos”, tal como definida pela OMS. A universalidade destas metas tornou notória a importância e imprescindibilidade da introdução de instrumentos de controlo global de custos. Nos anos 90 os processos de reforma passam a abranger mais países. As medidas, aprofundam-se, voltam-se cada vez mais para a compatibilização da equidade, eficiência e capacidade de escolha dos serviços pela população. O cenário é de um crescimento económico mais lento, acompanhado do envelhecimento das populações e de um contínuo crescimento dos custos derivado ao desenvolvimento tecnológico aplicado ao sector da saúde.

E assim, assiste-se actualmente, a um interesse crescente no desenvolvimento de projectos no âmbito da saúde nos quais os utentes são parte integrante e co-responsável quer na utilização quer no pagamento.

A envolvente económica actual obriga a ser criterioso na gestão dos fundos, por isso a avaliação de projectos em saúde surge cada vez mais como uma exigência de todos os envolvidos nos cuidados de saúde, tornando-se um dos atributos essenciais para a melhoria contínua do desempenho das organizações. Assim “ esta realidade contribui para que apenas recentemente, e a título ainda excepcional, se tenha introduzido a prática de avaliar sistematicamente a execução e os resultados das actividades das instituições.” (Silva et al, 1996:10).

O presente estudo consiste na avaliação, do processo do planeamento de um projecto, intitulado “ Formalização da Consulta de Enfermagem em Pneumologia”. O motivo da realização desta investigação é: aquisição de conhecimentos na área de avaliação de processos, contribuição para monitorização da implementação da Consulta de Enfermagem em Pneumologia no HESE EPE, que visa um acréscimo na qualidade de vida dos utentes do foro pneumológico.

Uma característica importante desta patologia é pertencer ao grupo das doenças crónicas. Existem doenças crónicas transmissíveis, e doenças crónicas não transmissíveis (DCNTs) Neste estudo debruçar-nos-emos sobre as doenças crónicas não transmissíveis (DCNTs) especialmente a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) e a asma.

As Doenças Crónicas não Transmissíveis (DCNTs) têm um papel muito importante no perfil actual de saúde das populações humanas.

Estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) indicam que as DCNTs são actualmente responsáveis por 58,5% de todas as mortes ocorridas no mundo e por 45,9% da carga global de doença (Moura et al, 2008)

“A Organização Mundial da Saúde (OMS) indica que as doenças crónicas de declaração não obrigatória, como as doenças cardiovasculares, a diabetes, a obesidade, o cancro e as doenças respiratórias, representam cerca de 59 % do total de 57 milhões de mortes por ano e 46 % do total de doenças. Afectam países desenvolvidos e países em vias de desenvolvimento.” (Ministério da Saúde, 2005: sp-versão on line) e na Europa “...as doenças crónicas de maior prevalência são a doença cardíaca, o cancro, a doença respiratória, a diabetes e os problemas de saúde mental.” (Guerra, 2009:3)

Em Portugal e de acordo com a **Portaria n.º 349/96 de 8 de Agosto** foi aprovada pelo Ministério da Saúde a lista de doenças crónicas que, por critério médico, obrigam a consultas, exames e tratamentos frequentes e são potencial causa de invalidez precoce ou de significativa redução de esperança de vida, tais como a Doença genética com manifestações clínicas graves. Insuficiência cardíaca congestiva, cardiomiopatia, DPOC hepatite crónica activa. Cirrose hepática com sintomatologia grave, artrite invalidante, lúpus, dermatomiosite, parapléctica, miastenia grave, doença desmielinizante, doença do neurónio motor.

Assim, o sofrimento e os custos causados pelas doenças crónicas deram-lhes uma marcada preponderância, de tal forma que estas doenças se podem considerar, hoje, como verdadeiras doenças sociais: doenças com génese e com repercussão social.

A asma e a DPOC têm um peso social e económico elevado, tanto em custos directos (valor de recursos de saúde dedicados ao diagnóstico e gestão de saúde) como indirectos, devidos á incapacidade, absentismo laboral, mortalidade prematura, custos resultantes com os prestadores de cuidados ou sobre carga familiar (GOLD, 2009).

O Observatório Nacional das doenças Respiratórias (ONDR) afirma que A OMS reconhece que as Doenças Respiratórias são a principal causa de morte no Mundo. Elas são responsáveis por 18,7% dos óbitos, ao passo que as doenças isquémicas das coronárias são responsáveis por 12,7% e as doenças cérebro – vasculares por 8,7%. Estima-se que em 2020 as doenças respiratórias causem 11,9 milhões de mortes”.(Araújo, 2008:5). O mesmo autor afirma de acordo com dados da European Respiratory Society que “na Europa as doenças respiratórias são a 2ª causa de morte, depois das doenças cardio – vasculares, e os custos estimados para a Sociedade por essas doenças atingem os 102 biliões de euros, 48% dos quais em dias de trabalho perdidos” ”.(Araújo, 2008:5).

A asma determina directa e indirectamente um grande impacto económico e social, constituindo-se numa das principais causas de grande consumo de recursos de saúde e da perda de actividade produtiva na comunidade.” (Franco, R. et al, 2008:46) não foi por acaso que “A economia da saúde surgiu recentemente para avaliar as estratégias usadas nos sistemas de saúde visando detectar aquelas intervenções que gerem maus resultados ou/e despesas elevadas e que devem ser modificadas...” (Franco, R. et al, 2008:45). Esta problemática carece de intervenções precoces quer ao nível das instituições centrais, quer ao nível dos cuidados de saúde primários. Num estudo realizado a nível nacional intitulado”. Estudo nacional de qualidade de vida na Asma – Aplicação do *Asthma Quality of Life Questionnaire* de Marks). O autor refere que “A asma brônquica é considerada, um pouco por todo o mundo, um problema crescente de saúde pública, com elevados custos directos e indirectos” (Ferreira et al, 2008:461). A educação do asmático é um dos pilares de sustentação do seu tratamento, que só será efectivo se baseado na administração correcta da medicação. (Oliveira et al, 2002)

Estudos recentes visam analisar e perceber a importância da, educação e promoção em saúde: com incidência ao nível das mudanças individuais, das mudanças organizacionais, da qualidade de vida na pessoa com asma, das pessoas com DPOC: dos seus sentimentos e expectativas, sem descurar o papel da comunicação entre os doentes e os profissionais de saúde.

Os profissionais de saúde deverão ter como objectivo fulcral que o utente “possa adquirir, entre outros valores, comportamentos e conhecimentos” (Bertrand, Valois, 1994:20), que proporcionem a mudança nos “estilos de vida, determinados por atitudes e crenças relativas á saúde” (Stroebe, Margaret, 1999:25) sem hostilizar nem menosprezar o contexto sociocultural e económico do utente.

As organizações são pois um espaço privilegiado para a abordagem dos utentes no sentido de promover hábitos de vida saudáveis, possuem recursos que podem promover um ambiente “amigável” onde a evolução da sua formação se construa de acordo com as suas características pessoais.

A entrevista assume relevância neste trabalho, tal como a escolha dos entrevistados em número reduzido, resultado duma opção metodológica baseada na convicção de que eles pelo seu conhecimento profundo deste projecto eram os mais indicados pois são detentores da informação especializada e profunda. Considera-se esta uma opção metodológica adequada a corroborar a avaliação do processo de planeamento realizado para implementar a consulta de Pneumologia no HESE EPE. Pode-se organizar a metodologia de avaliação com origem em trabalhos de equipas de investigadores e técnicos em seis áreas principais: “As políticas e os programas de formação profissional, as políticas e programas de investimento e desenvolvimento local/regional, o investimento e a mudança organizacional nas empresas, a educação e o ensino, as políticas urbanas e, ainda, as políticas à exclusão social e de protecção social “.(Silva et al, 1996:10) Onde se inclui as abordagens que pretendemos realizar de acordo com os seguintes objectivos:

Objectivo geral

- Avaliar o processo de planeamento do projecto Formalização de Consulta de Enfermagem em Pneumologia no HESE EPE

Com este propósito, podem definir-se os seguintes **objectivos específicos**

- Analisar a selecção e utilização de fontes no estabelecimento do diagnóstico da situação em estudo;
- Analisar a metodologia de identificação de problemas/necessidades encontradas;
- Analisar as prioridades definidas para a implementação do projecto;

- Avaliar a selecção de estratégias de intervenção para a formalização da consulta de enfermagem;
- Avaliar a selecção de estratégias de intervenção para assegurar a continuidade da consulta de enfermagem;
- Avaliar a selecção de estratégias de intervenção para *divulgar informação sobre a forma e conteúdo da consulta de enfermagem neste domínio.*
- Avaliar a selecção de estratégias de intervenção para envolver os responsáveis da Direcção de Enfermagem.
- Enumerar sugestões que permitam actualizar o planeamento em função da avaliação que foi realizada - Replaneamento

O presente estudo apresenta-se com a seguinte estrutura:

Secção I – Enquadramento Teórico

Secção II - Caracterização dos Sistemas de Saúde

Secção III – Caracterização do Processo de Planeamento e Avaliação de Processos

Secção IV – Definição da Metodologia de Investigação utilizada

Secção V – Sistematização e Tratamento dos Dados Colhidos

Secção VI – Replaneamento

Secção I – Enquadramento Teórico

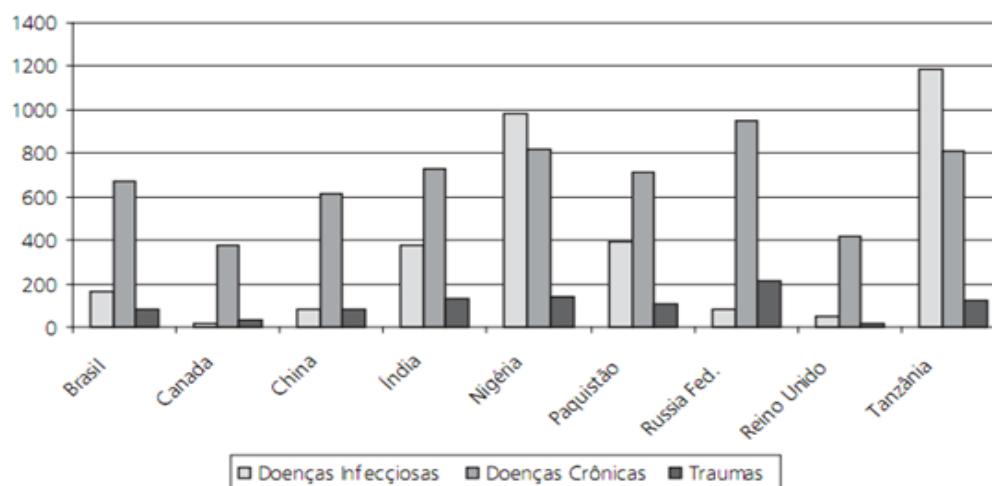
1. DOENÇAS CRÓNICAS NA SOCIEDADE ACTUAL

1.1. Enquadramento Geral

O mundo sofreu grandes transformações no último século. As populações de países desenvolvidos tiveram aumento de trinta a quarenta anos na expectativa de vida, produto de avanços científicos e tecnológicos, bem como melhoria nas condições sanitárias. Entre 1950 e 1985 a população urbana dos países desenvolvidos duplicou e a dos em vias desenvolvimento quadruplicou. Todo esse processo levou a importantes alterações no estilo de vida das populações, reflectindo-se na sua saúde. Assim como no século XX as doenças infecto-contagiosas necessitaram de grandes esforços para a diminuição de seu impacto, o novo século apresenta um novo desafio: - as doenças crónicas.

O termo doença crónica é usado para designar patologias com um ponto em comum: são persistentes e necessitam de cuidados permanentes. São exemplos frequentemente lembrados, doenças não transmissíveis como hipertensão arterial, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, osteoporose, doença pulmonar obstrutiva crónica, asma e cancro.

GRÁFICO Nº 1: TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA POR 100 000 HABITANTES, EM 2005, NALGUNS PAISES SELECCIONADOS



Fonte: Ministério Saúde, 2008:15

No gráfico nº 1 compara-se a taxa de mortalidade padronizada, em 2005, para todas as idades, relativamente ao número de óbitos por doenças infecciosas, doenças crónicas e traumatológicas.

**TABELA Nº1: INDICADORES SOCIO-ECONÓMICOS DE PAISES
SELECCIONADOS DAS ESTATISTICAS DE SAÚDE DE 2005**

	POPULAÇÃO		PIB	População que vive abaixo do nível de pobreza (%) com <\$ por dia
	Total (Milhares)	Área Urbana (%)		
Brasil	186405	84%	2710	8,2
Canada	32268	81%	23930	-----
China	1315844	41%	1100	16,6
Índia	1103371	29%	530	34,7
Nigéria	131530	48%	320	70,2
Paquistão	157955	35%	470	13,6
Federação Russa	143202	73%	2610	6,1
Reino Unido	59668	89%	28350	-----
Tanzania	38329	38%	290	19,9

Fonte: World Health Statistics, 2005

http://www.who.int/healthinfo/statistics/whostat2005_demosocio_en.pdf

Considerando o PIB (tabela nº1) podemos observar que a taxa de mortalidade por doenças infecciosas é superior nos países Africanos (Tanzânia, Nigéria), que tem os PIB mais baixos (respectivamente 290 e 320 per capita) tendo a Nigéria o maior percentagem de pessoas a viver abaixo do nível de pobreza (menos de 1 dólar dia) seguida da Índia (34,7%) e a Tanzânia (19,9%). A percentagem da população que vive em área urbana também se revela significativa, a 4ª (38% Tanzânia) e 5ª mais baixa (48% Nigéria). Nos outros países as doenças crónicas são as que apresentam as taxas mais elevadas, verificando-se contudo que os países com maior PIB per capita (23930- Canada e 283500-Reino Unido), são as que tem menores taxas de mortalidade nos três tipos de doenças, sendo praticamente inexpressiva a mortalidade por doenças infecciosas. Estes 2 países não têm valores para pessoas que vivam abaixo do nível da pobreza; a par do Brasil (84%) e Federação Russa (73%) são os

países com maiores percentagens da população a viver em área urbana (Canadá 81% e Reino Unido 89%). A federação Russa com o 4º PIB per capita (2610) e de 6,1% de pessoas que vivem abaixo do nível de pobreza, é o país com o maior número de doenças crónicas nos países em análise.

Podemos pensar que a expansão das doenças crónicas reflecte os processos de industrialização, urbanismo, desenvolvimento económico e globalização que acarretam: aumento de hábitos sedentários e crescimento do consumo de tabaco. Da observação, podemos pensar que a mudança dos hábitos alimentares e a implantação de um estilo de vida sedentário estão a ocorrer a um ritmo muito mais rápido nos países em vias de desenvolvimento, por comparação com o que aconteceu nos países desenvolvidos. As doenças crónicas estão a crescer em muitos dos países mais pobres, articulando-se de forma muito perigosa com outra calamidade: as doenças infecciosas

1.2. Conceitos e Tipologias das Doenças Crónicas

A doença crónica é uma doença de curso prolongado, com evolução gradual dos sintomas e com aspectos multidimensionais, potencialmente incapacitante, que afecta, de forma prolongada, as funções psicológica, fisiológica ou anatómica, com limitações acentuadas nas possibilidades de resposta a tratamento curativo, mas com considerável potencial de correcção ou compensação e que se repercute de forma acentuadamente negativa no contexto social da pessoa por ela afectada. (ADVITA on line, sd:sp). O Instituto Nacional de Estatística (INE) define a doença crónica (DC) como uma “Doença que dura, ou se prevê venha a durar um tempo longo, habitualmente mais de seis meses. Geralmente necessita de intervenção médica para a sua cura ou controlo” (INE on line, sd:sp). Por seu lado a OMS define doenças crónicas como doenças de longa duração e, geralmente de progressão” (Busse e tal, 2010:12) enquanto Guerra refere que o “Centers for Disease Prevention and Control, as define como condições que não curam, uma vez adquiridas...e que duram 3 meses ou mais” (Guerra, 2009:3). Em Portugal o total de doenças crónicas percepcionado pela população é de 13593,262.

As doenças crónicas afectam qualquer segmento do organismo, assim podemos dividir as doenças crónicas em doenças do sistema:

Cardiovascular nas quais incluímos: a doença cardíaca coronária; a doença vascular cerebral, a doença arterial periférica; a doença cardíaca reumática, a

doença cardíaca congénita e a Trombose venosa profunda e a embolia pulmonar

Respiratório: As doenças crónicas das vias aéreas e outras estruturas do pulmão, sendo as mais comuns a DPOC, asma, alergias respiratórias, doenças pulmonares ocupacionais e hipertensão pulmonar.

Nervoso: Acidente Vascular Cerebral (AVC), epilepsia, cefaleias, doenças degenerativas do sistema nervoso, esclerose múltipla, doença de Parkinson, doença de Huntington e doenças infecciosas do sistema nervoso;

Gastrointestinal: Doença de refluxo e suas complicações, Acalasia, gastrite crónica, gastropatia, doença celíaca, síndrome de má absorção, deficiência de lactase, doença diverticular, doença de Crohn, colite ulcerosa e colite isquémica.

Músculo-esquelético: artrite infecciosa e psoriática, artroses, bursite, cifose, febre reumática, espondilite anquilosante, fibromialgia, gota, osteoporose, lúpus eritematoso sistémico, escoliose.

Urinário: Nefropatia gotosa não especificada, doença renal hipertensiva, doença renal crónica, prostatite, hiperplasia benigna da próstata, insuficiência renal crónica.

1.3 Doenças Crónicas e Factores de Risco

Na Europa as doenças crónicas de maior prevalência são a doença cardíaca, que com 21,4% se torna a primeira causa de morte, com uma expressividade em Portugal de 208 óbitos por 100 000 Habitantes. O país com o número mais baixo de óbitos é a França com 118 óbitos e o mais alto a Grécia com 479 óbitos por 100 000. O cancro, a doença respiratória, a diabetes e os problemas de saúde mental são outros exemplos de doenças crónicas. A doença respiratória com 18,7% assume a dianteira como causa de óbitos, a nível mundial

“A Organização Mundial da Saúde (OMS) indica que as doenças crónicas de declaração não obrigatória, como as doenças cardiovasculares, a diabetes, a obesidade, o cancro e as doenças respiratórias, representam cerca de 59 % do total de 57 milhões de mortes por ano e 46 % do total de doenças. Afectam tantos países

desenvolvidos como países em vias de desenvolvimento.” (Portal da Saúde – Ministério da Saúde, 2005). Na área das doenças crónicas, em pneumologia, existe uma tradição de articulação com os cuidados primários consubstanciada nos centros de diagnóstico pneumológico (Araújo, 2008; 10) (ver figura nº 1)

Fig. Nº 1: Distribuição de Centros de Diagnóstico Pneumológico



Fonte: Araújo, (ONDR), 2008:33

Dados do *National Health System* britânico declaram que cerca de 80% das consultas dos Cuidados de Saúde Primários são por doenças crónicas e para um total de 29647608 consultas 83,0% são de clínica Geral e 0,4% são de pneumologia (tabela nº 2)

TABELA Nº2: CONSULTAS MÉDICAS NOS CENTROS DE SAÚDE POR MEDICINA GERAL E FAMILIAR/CLINICA GERAL E PNEUMOLOGIA

<i>Localização</i>	<i>Total de Consultas</i>	<i>Clínica Geral</i>	<i>Pneumologia</i>
Portugal	29 647 608	24 819 936	119 554
Continente	28 986 906	24 166 802	117 218

Fonte: Araújo (ONDR), 2008:adaptado

Estes doentes (com as suas complicações) utilizam mais de 60% dos dias de internamento hospitalar com a seguinte expressão por região de saúde e comparando o consumo para a medicina interna e pneumologia (tabela nº3)

TABELA Nº 3: INTERNAMENTO HOSPITALAR DE MEDICINA INTERNA E PNEUMOLOGIA EM 2005 POR REGIÕES

Região de Saúde	Especialidade	Doentes Saídos	Doentes Internamento	Demora Média
Norte	Medicina Interna	19992	219445	10,1
	Pneumologia	2385	30529	11,6
Centro	Medicina Interna	37232	380740	9,4
	Pneumologia	4863	52607	9,7
Lisboa e Vale do Tejo	Medicina Interna	46861	494998	8,4
	Pneumologia	6546	84285	
Alentejo	Medicina Interna	7366	77429	9
	Pneumologia	-----	-----	
Algarve	Medicina Interna	5073	51886	9,5
	Pneumologia	719	9948	12,6

Fonte: Araújo (ONDR), 2008:adaptado

Afirma o mesmo relatório que 70% dos doentes admitidos nos Serviços de Urgência têm uma exacerbação da doença crónica, que para os doentes com mais do que uma doença crónica os custos são seis vezes mais elevados do que os que têm apenas uma doença, e 10% dos utilizadores intensivos dos serviços contribuem com 55% dos dias de internamento e que 5% dos utilizadores altamente intensivos dos serviços

contribuem com 40% dos dias de internamento hospitalar. A evidência mostra, igualmente, que para a generalidade dos sistemas de saúde os custos imputáveis às doenças crónicas variam entre os 50-80% das despesas globais da saúde, levantando sérios problemas de sustentabilidade financeira para a manutenção dos programas de cuidados para estas doenças.

Tal como podemos verificar a decomposição da despesa com saúde, dados de 2005, comparativamente entre Portugal e a média da região Europeia, não existem grandes desvios, ver na tabela nº 4

TABELA Nº 4 : COMPONENTES DA DESPESA EM SAÚDE EM 2005

	PIB	Despesa do Estado	Despesa Privada	Despesa População per capita	Despesa Governamental per capita
Região Europeia	10,2	72,3	27,7	1 800	1 301
Portugal	8,6	74,3	25,7	1 652	1 253

Fonte: Barros. P & Gomes, J, 2002: 56 (adaptado)

As doenças crónicas, assumem dois tipos de custos: directos e indirectos. Os custos directos dizem respeito aos MCDT aplicados a cada situação. Os custos indirectos podem ser medidos por taxas como a taxa de mortalidade. O que se torna preocupante nas DC e que os custos indirectos ultrapassem os directos e não contabilizamos todos os custos indirectos já que esta é uma dimensão financeira multifactorial e por isso difícil de contabilizar.

No que diz respeito aos factores de risco, teremos de pensar sempre que a noção de causalidade pode ou não ser directa e concorre sempre com a participação e associação de um dos factores de risco, bem como a sua prevalência. Na perspectiva duma epidemiologia analítica impõe-se cada vez mais o hábito de estudar os mecanismos de activação conjunta (de factores de risco) sobre um determinado evento/resposta resultando o conjunto com a sua plausibilidade biológica na determinação de um certo resultado. Assim no contexto das mortes por doenças crónicas podemos dizer que de acordo com estimativas da OMS, existe um pequeno

conjunto de factores a que podemos fazer corresponder alguns factores de risco das doenças crónicas identificados pela World Health Report (2002), que podemos elencar: pressão arterial elevada, colesterol elevado, obesidade, inactividade física e consumo insuficiente de frutas e verduras relacionados essencialmente com a dieta e actividade física a que se podem juntar o uso de álcool e tabaco, estes riscos evitáveis desempenham um papel chave no desenvolvimento de doenças crónicas, principalmente quando se sobrepõem. Contudo há boas evidências de que uma mudança nos hábitos alimentares, actividade física e controle do tabaco pode produzir mudanças rápidas nos sintomas e prevalência das doenças crónicas (WHO, 2010).

Mais recentemente, e tendo presente que os factores determinantes da saúde também decorrem de factores individuais (genéticos, biológicos e psicológicos) bem como de factores ambientais, económicos, sociais e culturais, “ têm sido implementados, a nível nacional e europeu, redes e programas focalizados em ambientes específicos, com particular destaque para as escolas, os locais de trabalho e as cidades, e predominantemente orientados para a capacitação das pessoas para a adopção de estilos de vida saudáveis e para a criação de condições ambientais, organizacionais e sociais mais favoráveis à saúde.” (DGS, 2003:2)

Da experiência acumulada parece poder concluir-se que a intervenção sobre os estilos de vida, entendidos como o conjunto de hábitos e comportamentos de resposta às situações do dia-a-dia, são apreendidos através do processo de socialização e constantemente reinterpretados e testados ao longo do ciclo de vida e em diferentes situações sociais. O que leva à implementação de estratégias de promoção da saúde, multisectoriais e multidisciplinares, compreensivas, diversificadas e continuamente sujeitas a uma avaliação no sentido de garantir a sua permanente adequação e motivação para as alterações comportamentais, de atitudes e valores sociais implementadas.

1.4 Impacto das Doenças Crónicas

1.4.1 Características

Uma mesma doença pode apresentar manifestações de episódio agudo ou ter um curso que se torna crónico, quer então dizer que ser crónico sugere desde logo que não tem cura. Esta contingência remete-nos para uma mudança fundamental no paradigma vigente da organização da prestação de cuidados (Who, 2002). A doença

crónica compreende quadros clínicos multifacetados, frequentemente, reflexo de comorbilidades (consequência da doença primária) ou, de outras doenças coexistentes, que dificultam, por vezes, o cumprimento integral do plano de tratamento e que apresentam uma série potencial de consequências nocivas para o doente, familiares, entidades empregadoras, sistemas de saúde e sociedade. Nos actuais sistemas de saúde, entre os quais se inscreve o SNS, persiste uma organização da prestação de cuidados, historicamente derivada do modelo biomédico (centrado na cura da doença aguda), a qual sustenta uma prestação de cuidados, essencialmente, episódica, fragmentária e reactiva, onde a cura é o objectivo primário. Como é, internacionalmente, reconhecido, com as doenças crónicas esta resposta é, simplesmente, inadequada. O modelo de cuidados que responde bem às necessidades das doenças agudas, não funciona com as doenças crónicas, o que significa, em termos práticos, que não consegue dar resposta efectiva às necessidades multidimensionais dos doentes crónicos. Para quem, a prioridade de topo são os cuidados e não a cura, pelo que, exigem, essencialmente, continuidade de cuidados, independentemente do contexto (ou sector) de prestação em que os doentes se encontrem. O Paradigma da saúde, é mais voltado para a cura, o que no doente crónico não é totalmente válido. Ocorre assim que o doente descrente dos resultados que pode obter, afasta-se dos tratamentos enquanto os sintomas e manifestação da doença não se tornam insuportáveis não procura tratamentos. Quando volta ao sistema de saúde, a doença já atingiu inúmeras vezes um estágio tão adiantado que eles se tornam doentes de alto risco o que implica intervenções com custos muito mais elevados e inadiáveis, que poderiam ter sido evitadas com as intervenções proactivas preconizadas (Guerra, 2005)

1.4.2 Diagnóstico

Como em qualquer outra patologia o diagnóstico deverá ter sempre por base uma boa anamnese que será complementada, recorrendo aos meios complementares de diagnóstico. Cada vez mais a decisão clínica depende do recurso a diversos meios complementares de diagnóstico.

O desenvolvimento científico e tecnológico tem posto à disposição da sociedade um conjunto de conhecimentos e instrumentos cada vez mais sofisticados. Assim, desde o aparecimento dos Raios X até às últimas tecnologias com os positrões, passando pela

Medicina Molecular, vai um longo caminho que muito tem contribuído para o diagnóstico e terapêutica dos doentes (Plano Nacional de saúde versão on line, sd:sp).

O consumo de exames complementares de diagnóstico e terapêutica pelos utentes portadores de DC é enorme. O seu diagnóstico é por vezes de difícil diferenciação. O consumo dos medicamentos para o controlo e estabilização da doença contribui para uma espiral onde os doentes podem apresentar mais doenças e ou sintomas associados o que torna a cura/ tratamento mais difícil, o que implica recorrer a mais químicos cada vez mais poderosos e perigosos ou seja cada vez consumimos mais recursos e que se querem mais eficazes, o que tem os seus custos, daí que se fale cada vez mais em protocolos de intervenção, que uniformizem procedimentos. Sendo os custos com os tratamentos e diagnósticos cada vez mais caros, se lhe juntarmos ainda a quantificação do impacto na população que morre prematuramente ou nos dias perdidos de trabalho, teremos de pensar em olhar para estas doenças, numa abordagem mais holística e prematura. Em 2008 o Observatório Europeu para os sistemas e políticas de saúde publicou um livro cuja estrutura orienta as condições existentes para a intervenção das DC.

Um dos dogmas que este livro permite compreender, é que ao contrário do que se tinha como certo DC não é exclusiva dos ricos, nem dos países desenvolvidos, ela afecta pobres, jovens, adultos; sendo que a tendência é para a DC crescer, com contributos das doenças como a diabetes ou a depressão.

1.5 Doenças do Foro Respiratório

Na Europa, as doenças crónicas respiratórias, ocupam o terceiro lugar em termos da mortalidade, morbilidade incidência prevalência e custos. O custo total anual das doenças respiratórias na Europa está estimado em cerca de € 102 mil milhões, devido principalmente à perda de dias úteis. Em 2005, as doenças respiratórias crónicas isoladas eram responsáveis por 7% das mortes anuais em todo o mundo, ocupando o terceiro lugar entre doenças crónicas não-transmissíveis. Estima-se que cerca de 10% da população adulta sofre de Obstrutiva Crónica Doença Pulmonar (DPOC). A OMS estima que a DPOC subirá da sexta para a terceira principal causa de morte no mundo até 2020. Incluíram as doenças respiratórias crónicas como uma das principais doenças crónicas que causam a morte no seu relatório global de Outubro de 2005 "Prevenção Doenças crónicas: um investimento vital".

As doenças do foro respiratório constituem as maiores causas de mortalidade e morbilidade entre os adultos; esta patologia apresenta uma ocorrência que varia função da geografia. Surgiram estudos que relacionaram o nível de consumo de tabaco com o surgimento de patologias como a DPOC e contribuem para o aparecimento da asma e da pneumonia. Em Portugal o nível de consumo de tabaco é de cerca de 19,7% e ligeiramente superior nas ilhas (24% Açores e 20,3 na Madeira). Os estudos revelam como a idade propícia para o início do consumo de tabaco são os 15 anos em ambos os sexos e manifesta-se até cerca dos 55 anos. Este facto terá factores culturais e socioeconómicos associados.

O impacto económico do binómio asma – DPOC sobre o indivíduo, sobre a sua família e sobre a sociedade é enorme e vem aumentando em relação directa com o envelhecimento da população. Ao custo financeiro vinculado ao diagnóstico, ao tratamento e aos cuidados de seguimento dos portadores dessas doenças, somam-se as perdas decorrentes da invalidez, da falta as aulas e ao trabalho, da mortalidade prematura e do pagamento de benefícios. Tanto a asma como a DPOC motivam inúmeras actividades científicas e elaboração de propostas diagnósticas e terapêuticas consensuais que deveriam permitir o seu controle. Entretanto, essas acções não parecem alterar o impacto que essas doenças causam sobre os seus portadores e familiares (Campos, 2004).

Tendo em conta esta realidade o Parlamento Europeu, tem apelado para se dar mais as doenças do foro respiratório, como o caso da DPOC, asma e distúrbios relacionados ao sono, que têm uma crescente prevalência na população da comunidade. Apelamos a uma estratégia europeia de investigação para que a Comunidade alcance grandes avanços no campo da prevenção, diagnóstico e tratamento neste campo (European Respiratory Society (ERS) and the European Lung Foundation (ELF), 2006.).

1.5.1 Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

A DPOC, enquanto doença directamente relacionada com a exposição ao fumo de tabaco, continua a ser um importante problema, no Mundo, na Europa e em Portugal. Por exemplo na Europa a 15 países (antes do alargamento) era a principal causa de perda de dias de trabalho A DPOC assumia em 1990 o 12º lugar em termos de patologias incapacitantes, mas prevê-se que em 2020 ela assuma o 5º lugar. A DPOC

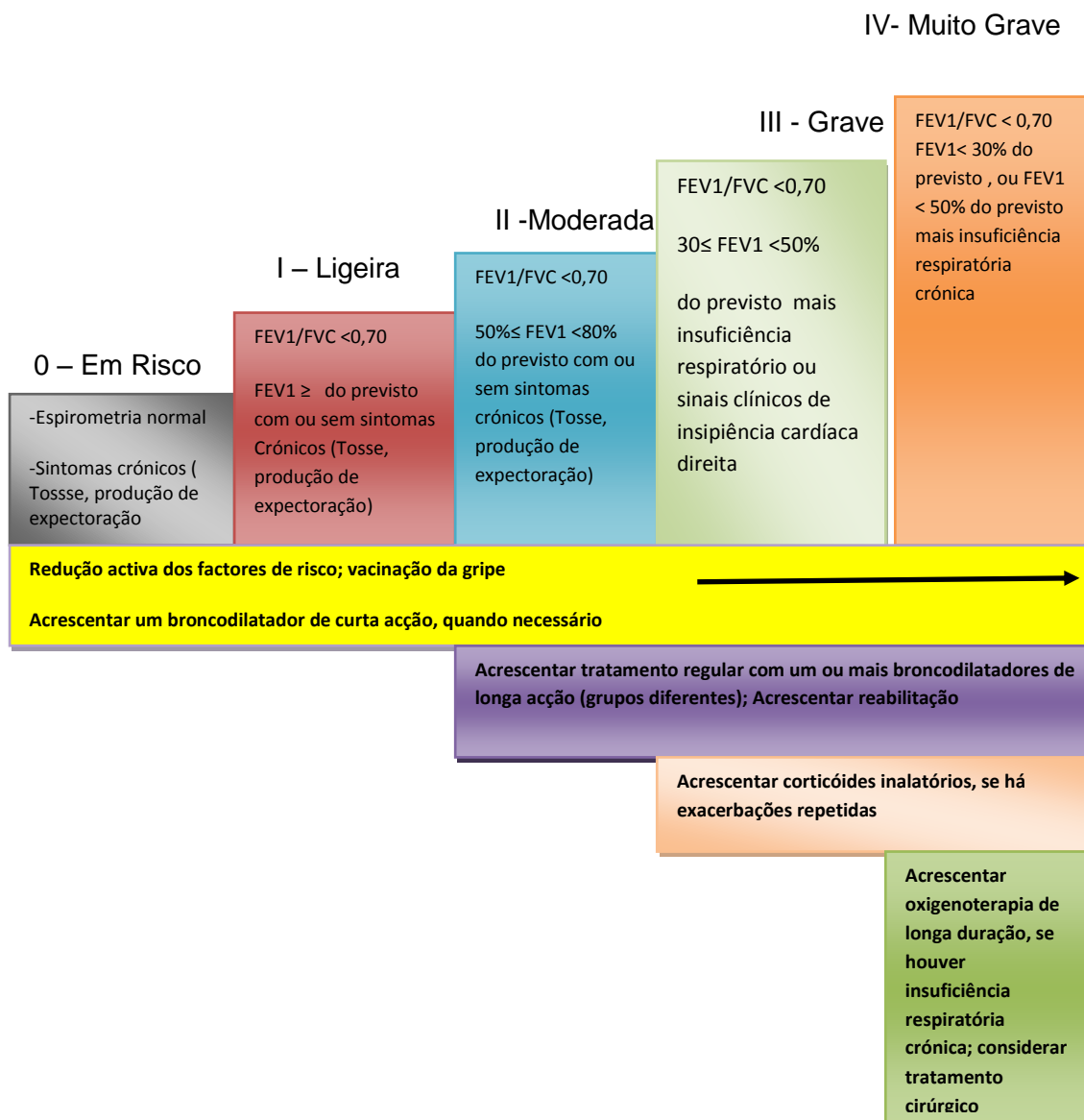
é uma doença previsível e tratável recorrendo a estratégias fáceis de implementação como sejam a criação e de desenvolvimento de consultas antitabágicas e elaboração e divulgação de normas de boas práticas no seu diagnóstico. A criação de uma rede estruturada de espirometria seria fundamental para o diagnóstico e avaliação, permitindo assim cumprir os 4 objectivos fundamentais que se devem atingir:

- Avaliar e monitorizar a doença;
- Reduzir os factores de risco;
- Controlar a evolução da DPOC;
- Estabilizar e evitar exacerbações da doença:

Não admira a atenção que se lhe dedica e se salienta a necessidade dum grande envolvimento dos médicos de Medicina Familiar para minimizar os impactos negativos da doença na Sociedade portuguesa. Na Europa e também entre nós é necessário que se realizem inquéritos epidemiológicos de base populacional que permitam um melhor conhecimento da real dimensão da doença, até agora seguramente subvalorizada. A DPOC tem diversos estádios como se pode observar pela figura nº2

O tabaco é o principal factor de risco da DPOC, mas é importante que se estudem e caracterizem outros factores determinantes da doença, nomeadamente os factores ambientais.” (Araújo (ONDR), 2008;6)

Fig. Nº 2 DIVERSOS ESTADIOS DA DPOC



Fonte: Araújo (ONDR) 2008 (adaptado)

Para além da morbilidade e das consequências socioeconómicas desse facto é ainda importante perceber que esta patologia tem também encargos significativos na economia do país e das famílias, como se pode observar pela tabela nº 5

TABELA Nº 5: ENCARGOS COM A DPOC

Encargos com a DPOC		
País	Ano	Custo <i>per capita</i> (Dólares)
Reino Unido	1996	65
Holanda	1993	N/A
Suécia	1991	60
EUA	1993	87

Fonte: GOLD, 2009: 30

1.5.1.1 Conceitos

Definições variáveis e imprecisas de DPOC têm contribuído quer para a dificuldade de quantificação da sua morbilidade e mortalidade, quer para o seu diagnóstico tardio. Valente *et al* refere que American Toracic Society Statement em 1995 define DPOC “como Doença Crónica caracterizada pela presença de obstrução das vias aéreas devido a bronquite crónica ou enfisema pulmonar”(Valente et al,2007:857). A obstrução das vias aéreas é normalmente progressiva e pode ser acompanhada de hiperactividade brônquica e ser parcialmente reversível. A bronquite crónica é definida pela “Presença de tosse e expectoração durante pelo menos três meses em dois anos consecutivos num doente em que foram excluídas outras causas de tosse crónica” (Valente et al, 2007:857). Simultaneamente na “Europa a European Respiratory Society publicou o seu Consensus Statement no qual definiu DPOC como Doença caracterizada por redução dos débitos expiratórios máximos e por um prolongamento do tempo expiratório máximo forçado” (Valente et al, 2007:857). No início do da década de 2000 surgiu o programa GOLD - **G**lobal **O**bstructive **L**ung **D**isease, com o objectivo de modificar o crescente impacto da DPOC em termos de saúde pública e que também modificou e padronizou o conceito. Assim define DPOC como “Uma doença evitável e tratável com alguns importantes efeitos extra pulmonares que podem contribuir para a gravidade em pacientes individuais. A sua componente pulmonar é caracterizada pela limitação do fluxo aéreo que não é totalmente

reversível. A limitação do fluxo aéreo é geralmente progressiva e associada a uma resposta inflamatória anormal do pulmão a partículas ou gases nocivos.” (GOLD, 2009:20)

Independentemente da definição é importante perceber que um doente apresenta tosse, expectoração dispneia e se tiver uma história de exposição a factores de risco é um suspeito plausível que deverá ser despistado.

1.5.1.2 Etiologia

A identificação dos factores de risco é um passo importante para se desenvolver estratégias de prevenção e tratamento de qualquer doença. “Mundialmente, o tabagismo é o factor de risco mais comumente encontrado para a DPOC, porém em muitos países, a poluição do ar resultante de queima de lenha e outros combustíveis e biomassas também têm sido identificados como factores de risco para a DPOC.” (GOLD, 2009:2). Independentemente do tabagismo ser o factor de risco de DPOC mais estudado, não é o único e existem evidências consistentes de estudos epidemiológicos de que não fumadores podem desenvolver obstrução crónica do fluxo aéreo (Celli et al, 2005)

A etiologia da DPOC é multicausal, mas nos países ocidentais o tabagismo é inquestionavelmente é o factor de risco mais importante, como se pode observar na tabela nº 6, verifica-se o peso que o tabaco tem na Morbilidade e mortalidade em Portugal.

Tabela Nº 6: Carga da Doença Atribuível ao Tabaco em Portugal

Mortalidade (%)			DALY (%)		
Total	Sexo		Total	Sexo	
	Masculino	Feminino		Masculino	Feminino
11,7%	17,7%	5,2%	11,2%	15,4%	4,9%

Fonte: Araújo (ONDR), 2007: 70

Podemos subdividir os factores de risco em factores relacionados com o hospedeiro e os factores relacionados com a exposição a agentes irritantes de natureza ambiental. Como se pode observar embora que sumariamente pela análise do quadro nº 1

QUADRO Nº 1: FACTORES DE RISCO DA DPOC

Factores de Risco da DPOC		
Hospedeiro	<p>Genes</p> <p>(O mais documentado)</p> <p>Hiperactividade das vias aéreas</p> <p>Crescimento pulmonar</p> <p>Sexo</p> <p>Idade</p> <p>Condição socioeconómica</p> <p>Infecções respiratórias</p> <p>Alimentação</p>	<p>Deficiência hereditária rara da Alfa-1-anti tripsina</p> <p>Gestação, peso ao nascer, exposição na infância</p>
Exposição Ambiental	<p>Tabaco</p> <p>Poeiras profissionais</p> <p>Exposição a produtos químicos</p> <p>Poluição do ar</p>	<p>Dentro e fora de casa</p>

Fonte: GOLD, 2009:33

1.5.1.3 Sintomatologia e Tratamento

Os sintomas da DPOC aparecem de maneira lenta e progressiva, sendo comum o paciente dar atenção à doença somente quando se encontra em estágio avançado já que os sinais podem no início não serem valorizados pelo doente.

A tosse é o sintoma mais comum da DPOC, geralmente produtiva, cuja expectoração é mais intensa pela manhã ("pigarro do cigarro") e pior durante as infecções respiratórias (gripe). A duração da tosse é crónica (meses a anos), podendo ser diária ou intermitente. O doente, às vezes, procura um médico, queixando-se de uma "gripe" que não se curou. O doente também pode ter falta de ar, que inicialmente surge com os grandes esforços físicos ou perante infecções respiratórias, piorando progressivamente ao longo do tempo. Os indivíduos sedentários podem perceber a

falta de ar somente quando essa for mais intensa, afectando as actividades do quotidiano.

É comum o doente apresenta pieira, acompanhando a falta de ar, ou durante os quadros gripais ou infecções respiratórias que se tornam recorrentes. (GOLD, 2009)

A nível de exames auxiliares existem varias abordagens que se podem combinar (ver quadro nº 2)

QUADRO Nº 2: MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO PARA A DPOC

Meios Complementares de diagnóstico para a DPOC	
Avaliação da função Respiratória	Espirometria (teste base do diagnóstico) Teste das vias aéreas Medição da resistência Volume pulmonar Teste de difusão Avaliação dos músculos respiratórios Gasimetria arterial Oximetria de pulso Prova de esforço cardiorrespiratória Prova de marcha
Exames Laboratoriais	Hemograma – Doseamento da Alfa-1-antipsina Exame bacteriológico da expectoração
Exames Imagiológicos	Radiografia do tórax TAC pulmonar
Outros Exames	Estudo do sono Avaliação da circulação

Fonte: GOLD, 2009 (Adaptado)

O tratamento da DPOC contempla várias abordagens:

- Farmacológica: Incidindo acentuadamente sobre as expressões clínicas como a dispneia até pelo carácter dramático que pode apresentar. Os medicamentos mais utilizados pertencem ao grupo dos broncodilatadores, que podem ser de curta ou longa duração, combinações de mais de um ou mais broncodilatadores, anti-inflamatórios, mucolíticos, antibióticos, vacinas (prevenção).

- Cirúrgica: Transplante de pulmão (as estatísticas apontam para uma sobrevida de 50% aos 5 anos).
- Reabilitação, cinesiterapia e oxigeno terapia – Para a concretização dos seus objectivos a reabilitação respiratória intervêm nas diferentes fases da doença:
 - Prevenção (inicial e das complicações), estabilização, patologias recorrentes e doente terminal. E contemplam a: educação, medidas de higiene e dietéticas e desabitação tabágica, optimização da terapêutica, reeducação funcional respiratória, treino dos músculos respiratórios, assistência respiratória (aerossoloterapia, oxigeno terapia, ventiloterapia).
 - Terapia ocupacional,
 - Reabilitação profissional.

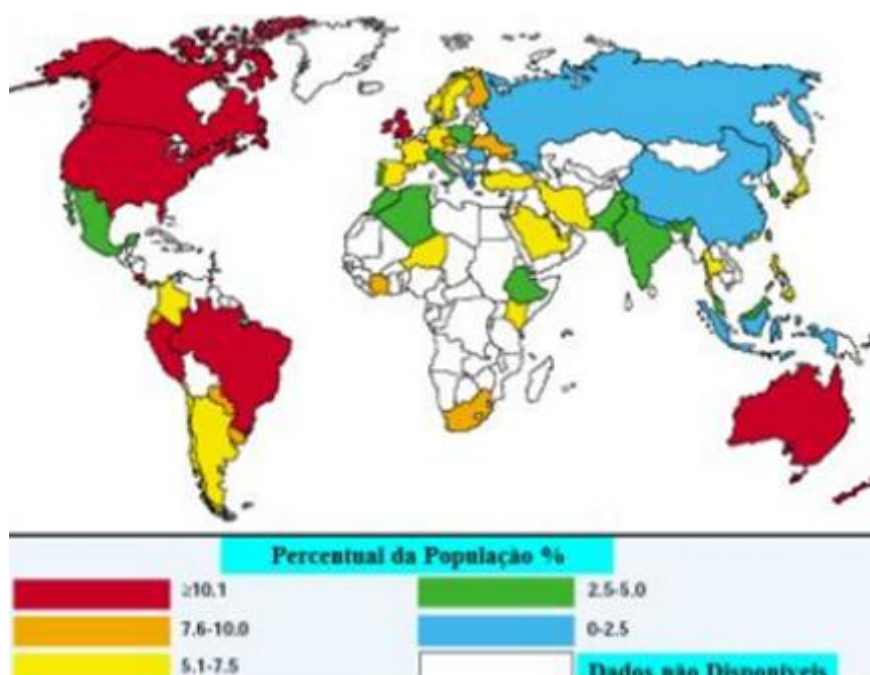
A eficácia do tratamento visa permitir reduzir o recurso á urgência hospitalar por agudizações ou complicações; racionalizar a prescrição e consumo de meios terapêuticos e diminuir a morbilidade e mortalidade

1.5.2 Asma

Mundialmente a asma é um grave problema de saúde pública, fig. 5 afectando pessoas de todas as idades. Quando não controlada, asma pode colocar limitações graves sobre o indivíduo e família. Apesar do esforço mundial e do desenvolvimento de directrizes para o tratamento baseado em dados históricos e práticas, a asma ainda constitui um problema de saúde crescente, consumindo custos cada vez maiores para a sociedade, em termos de cuidados médicos e de trabalho / condições de vida. Pensa-se que a incidência de asma a nível mundial tenha duplicado nos últimos 10 anos. Cerca de 300 milhões de pessoas são afectadas mundialmente com mais de 250.000 óbitos estimado anualmente. A OMS estimou que 15 milhões dias de vida ajustados por incapacidade (DALYs)¹ são perdidos anualmente devido à asma, o que representa 1% do total global de doença. Na UE, os encargos financeiros com a asma é cerca de €17.7milhões (GINA, 2008) como se pode observar pela figura nº 3

¹ DALYs - disability adjusted life years. (Um DALY corresponde à perda de um ano de vida saudável).

Fig. Nº3: Prevalência de Asma no mundo



Fonte: Filho, 2010:s/p disponível em
<http://www.asma-bronquica.com.br/PDF/epidemiologia1.pdf>

Segundo as linhas orientadoras (NAEPP) para o diagnóstico e gestão em 2007, nos Estados Unidos, a asma afecta mais de 22 milhões de pessoas. É uma das doenças crónicas mais comuns da infância, afectando mais de 6 milhões de crianças (prevalência de asma actualmente segundo um, Inquérito Nacional de Saúde (SNIS), do Centro Nacional para Estatísticas de Saúde, Centers for Disease Control and Prevention, 2005) (SNIS, 2005). Houve ganhos importantes desde o lançamento do primeiro Plano Nacional de Asma Educação e Programa de Prevenção (NAEPP) directrizes para a prática clínica em 1991. Por exemplo, o número de mortes por asma tem vindo a diminuir, mesmo em face a um aumento da prevalência da doença; menos doentes com asma relatam limitações às actividades, e uma proporção crescente de pessoas que têm asma recebem educação para a prevenção (Departamento de Saúde e Serviços Humanos, Healthy People 2010 revisão intermediária). As taxas de hospitalização têm-se mantido relativamente estáveis na última década, com

decréscimo nalgumas faixas etárias, excepto entre as crianças de 0-4 anos de idade onde as taxas são mais elevadas. Colectivamente, as pessoas que têm asma têm mais de 497 mil hospitalizações anualmente. (NAEPP, 2007)

Em Portugal, segundo dados do terceiro Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias a Asma atinge uma prevalência de 4,5% da população, mas estará seguramente sob diagnosticada e o valor mais provável rondará os 10%. Na infância a prevalência era de 12,8% em 1994/95 e passou para 15,7% em 2000/01, o que significa um aumento de 23%. (Araújo (ONDR), 2008:129).

A sua cronicidade e o facto de atingir qualquer idade e ter uma elevada prevalência na infância repercute-se na vida dos doentes, das suas famílias e restante comunidade. Para além do sofrimento que provoca, interfere com a actividade escolar e profissional, com os consequentes custos directos e indirectos.

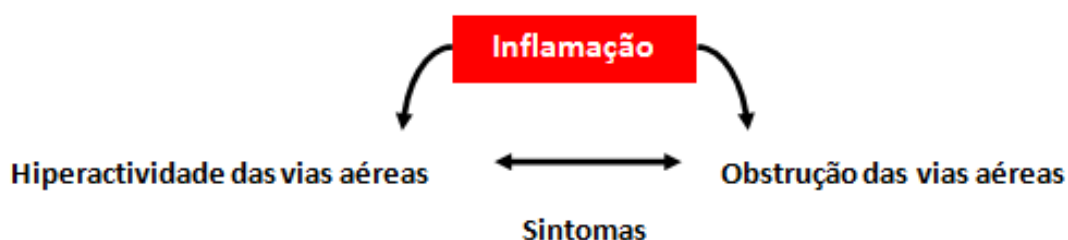
1.5.2.1 Conceitos

Conhecida há mais de 4.000 anos, a asma tem sofrido ao longo dos tempos sucessivas alterações no seu conceito e definição, devido a um “conjunto de conhecimentos científicos que vêm sugerindo alterações na abordagem da doença, incluem o conceito de asma como doença inflamatória” (Castelo-branco, 2004:589)

O primeiro conceito de asma, baseado em estudos clínicos, surgiu em 1868. O seu autor foi Henry Salter, que a descreveu como uma situação de “ dispneia paroxística com características peculiares, geralmente periódica, com respiração normal entre os ataques” (Ávila, 2008:876). Este conceito levou o seu autor a valorizar a obstrução das vias aéreas. Sensivelmente após 100 anos, nos finais da década de 50 do século passado, no Foundation Guest Symposium, surge uma nova definição do conceito que se traduz por “Obstrução Generalizada das vias aéreas que variam de calibre em curtos períodos de tempo, espontaneamente ou em resposta à terapêutica” (Ávila, 2008:876). A American Thoracic Society, em 1962, propôs outro conceito. (uma vez que a ultima abordagem pouco variava em relação à de Salter) que se traduz por o “aumento da resposta da traqueia e brônquios a vários estímulos, manifestada por estreitamento generalizado das vias aéreas, que varia de gravidade espontaneamente ou em resposta à terapêutica” (Ávila, 2008:876). Até à década de 80 realçou-se a função da hiperactividade brônquica e da obstrução das vias aéreas. Com o

desenvolvimento tecnológico, permitindo estudos mais elaborados, em 1986 American Thoracic Society, incluía na definição da doença o conceito de que existe uma infiltração da mucosa e submucosa por células inflamatórias. Em 1995, cientes da dimensão mundial deste problema, e com o objectivo de reforçar a perspectiva da asma como um problema de Saúde Pública mundial, o National Heart, Lung and Blood Institute e a Organização Mundial de Saúde organizaram um workshop que designaram como "Estratégia Global para o tratamento e prevenção da asma" (Global Strategy for Asthma Management and Prevention, com a abreviatura de Global Initiative for Asthma - GINA). Face aos conhecimentos anteriormente acumulados sobre o papel da inflamação na génese da doença, ao considera-la como uma doença inflamatória crónica das vias aérea (Ávila, 2008), surge o conceito de asma assim definida pela GINA “Asthma is a chronic inflammatory disorder of the airways in which many cells and cellular elements play a role. The chronic inflammation is associated with airway hyper responsiveness that leads to recurrent episodes of wheezing, breathlessness, chest tightness, and coughing, particularly at night or in the early morning. These episodes are usually associated with widespread, but variable, airflow obstruction within the lung that is often reversible either spontaneously or with treatment”. (GINA, 2008:25)². Como se pode observar pela figura nº4

Fig. Nº 4: Esquema do Conceito de Asma



Fonte: NAEPP, 2007: 13

E pode ser classificada quanto a sua gravidade de acordo com o quadro nº 3

² A asma é uma doença inflamatória crónica das vias aéreas, em que muitas células e elementos celulares desempenham um papel. A inflamação crónica está associada à hiperactividade das vias aéreas, que leva a episódios recorrentes de pieira, falta de ar, pressão torácica e tosse, particularmente à noite ou no início da manhã. Estes episódios estão geralmente associados à generalizada, mas variável, obstrução do fluxo de ar dentro do pulmão que é muitas vezes reversível espontaneamente ou com tratamento.

QUADRO Nº3: CLASSIFICAÇÃO DA GRAVIDADE DA ASMA

<i>Classificação da gravidade da asma</i>			
<i>Classificação</i>	<i>Sintomas</i>	<i>Sintomas Nocturnos</i>	<i>Função Pulmonar</i>
Grau 4 Persistente Grave	Sintomas permanentes Limitações da actividade física Exacerbações frequentes	Frequentes	VEMS ou DEMI ≤60% Prognóstico do DEMI > 30%
Grau 3 Persistência Moderada	Sintomas diários Uso diário de beta-2-agonistade acção curta Exacerbações que afectam a actividade Exacerbações ≥2 vezes por semana	>1 vez por semana	VEMS ou DEMI > 60% <80% prognostico. Variabilidade do DEMI > 30%
Grau 2 Persistência Ligeira	Sintomas ≥ 1 vez por semana, mas < 1 vez por dia Exacerbações que podem afectar a actividade	> 2 vezes ao mês	VEMS ou DEMI ≥ 80% prognostico variabilidade DEMI 20-30%
Grau 1 Intermitente	Sintomas <vez por semana Assintomático e DEMI normal entre as exacerbações Exacerbações breves de intensidade variável	≤ 2 vezes ao mês	VEMS ou DEMI ≥ 80% prognóstico. Variabilidade DMI <20%

Fonte: Arrobas, 2007: 889

1.5.2.2 Etiologia

“Embora ainda não esteja (m) estabelecido (s) o (s) gen (es) responsáveis pela asma, há diversas evidências de que ela é uma doença na qual determinantes genéticos e ambientais interagem. “ (Campos, 2004:39).

Como exames complementares de diagnóstico temos:

- Radiografia do Tórax;
- Estudo Funcional Respiratório,
- Exames laboratoriais – Hemograma, teste de sensibilidade cutânea.

Para uma boa anamnese é importante avaliar também a historia clínica do doente os factores de risco a que se expõe e incluem; alérgenos, tais como ácaros

domésticos (na roupa de cama, nos tapetes e nos estofos com pelos), pêlos de animais, baratas, pólen e fungos; irritantes ocupacionais; fumo de tabaco; alimentos; poluição ambiental; infecções (virais) respiratórias; exercício, emoções fortes; irritantes químicos e medicamentos (tais como aspirina e bloqueadores beta). Como anteriormente descrito também pode ter origem genética, ou ainda ser uma associação entre ambos (Factores ambientais e genéticos) (GINA; 2008).

Esquemáticamente os factores que influenciam o surgimento e desenvolvimento da são as exposta no quadro nº 4

QUADRO Nº4: FACTORES DE RISCO DA ASMA

Factores Risco da Asma		
Hospedeiro	Genes	Genes com predisposição para a atipia e com as vias aéreas com hiper reactividade
	Sexo Obesidade	
Factores Ambientais	Alergénos	Dentro de casa – animais domésticos Fora de casa – pólenes fungos
	Infecções	Predominantemente viral
	Sensibilidade ocupacional	
	Fumo de tabaco	Fumadores activos Fumadores passivos
	Poluição atmosférica Fora e dentro de casa Alimentação	

Fonte: GINA, 2008:30

1.5.2.3 Sintomatologia / Tratamento

A asma manifesta-se na infância. (5-10%) (em Portugal situam-se entre 5- 11%) o que corresponde a cerca de 600 000 asmáticos em Portugal. Pode persistir por toda a vida, variando nas suas manifestações. Os seus sintomas na idade adulta podem ser mais leves ou mais graves do que na infância. A asma ainda pode manifestar-se apenas na vida adulta (5%) porém, não se conhecem quais os factores que determinam a sua evolução. (GINA,2008)

Os sintomas da asma na criança, assim como no adulto, são recorrentes. Há períodos no qual o doente apresenta dispneia, pieira no peito, expectoração e um pouco de

tosse. Estes sintomas surgem geralmente quando em contacto ou em circunstâncias como as descritas anteriormente (GINA, 2008)

Devido á análise de vários países Europeus, julga-se que uma elevada percentagem de doentes carece de tratamento correcto, também devido a uma avaliação clínica funcional que maioritariamente parece não ser a mais adequada.

O tratamento do doente asmático pretende:

- Manter o controlo dos sintomas,
- Prevenir exacerbações,
- Manter a função pulmonar normal o mais possível
- Permitir uma actividade normal, incluindo o exercício,
- Prevenir o desenvolvimento duma limitação irreversível do fluxo aéreo,
- Evitar acções adversas da medicação,
- Evitar a mortalidade por asma.

Para alcançar estes objectivos é importante que se avalie e monitorize a gravidade, se evitem os factores desencadeantes combinando uma boa formação/ educação e o follow-up regular dos doentes.

1.6 Importância da Construção dum Referencial Promotor dos Hábitos Saudáveis

Com o surgimento de doenças cada vez mais raras, todos os dias aparecem novas dificuldades que fazem adiar soluções terapêuticas. Começa a ser uma evidência que os problemas de saúde terão de ser abordados sobretudo, com antecipação numa perspectiva profiláctica, porque os recursos são limitados e prevenir resulta em ganhos em saúde, com maior economia de meios. Assim surge em meados dos anos 80 a carta de Ottawa, um documento elaborado a nível mundial no qual foca a importância da promoção de saúde e onde se pode ler que “ a Promoção da Saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida” (Carta de Ottawa, 1986:1) e ainda que “A saúde é um recurso da

maior importância para o desenvolvimento social, económico e pessoal e uma dimensão importante da qualidade de vida. No seu conjunto, os factores políticos, económicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem ser favoráveis ou nocivos à saúde. A promoção da saúde visa tornar estes factores favoráveis à saúde” (Carta de Ottawa, 1986:1)

Em meados dos anos 90 surge a 4.^a Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde Novos Actores para uma Nova Era - adaptar a promoção da saúde ao século XXI teve lugar em Jacarta (1997) num momento crucial da elaboração de estratégias internacionais de saúde. Decorreram onze anos sobre a Primeira Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, em Ottawa, no Canadá. Esta Conferência resultou na proclamação da Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde, que constituiu, desde então, uma fonte de inspiração e de orientação para a promoção da saúde. Os encontros e conferências internacionais, que se seguiram, permitiram precisar o sentido e a pertinência das principais estratégias enunciadas na Carta: Estabelecer Políticas Públicas Saudáveis (Adelaide, na Austrália, em 1988) e Criar Meios Favoráveis à Saúde (Söndsvall, na Suécia, em 1991). Esta 4.^a Conferência Internacional foi a primeira a ser realizada num país em desenvolvimento e a envolver o sector privado no apoio à promoção da saúde. Constituiu uma oportunidade para reflectir sobre o que se aprendeu quanto a uma efectiva promoção da saúde, bem como para reanalisar as determinantes da saúde e para identificar as orientações e as estratégias a adoptar, com o objectivo de responder aos desafios da Promoção da Saúde no século XXI. (Carta de Jacarta, 1997)

A saúde é um direito fundamental do ser humano e um factor indispensável para o desenvolvimento económico e social. A promoção da saúde tem vindo a ser considerada, cada vez mais, como um elemento essencial para conseguir ganhos em saúde. É um processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos para controlarem e melhorarem a sua saúde.

Quando se investe e se intervém na promoção da saúde, está-se a agir sobre as determinantes da saúde e a contribuir para:

- Os ganhos em saúde
- A redução das desigualdades em saúde
- A promoção dos direitos fundamentais do ser humano
- O desenvolvimento social

Segundo a carta de Jacarta as determinantes da saúde: os novos desafios são:

- A paz
- A habitação
- A educação
- A segurança social
- O relacionamento social
- A alimentação
- Os rendimentos
- A capacitação das mulheres
- Um ecossistema estável
- Uma utilização sustentável de recursos
- A justiça social
- O respeito pelos direitos humanos
- A equidade.

Acima de tudo, a pobreza constitui a maior ameaça para a saúde. As tendências demográficas tais como a urbanização, o envelhecimento das populações e a prevalência de doenças crónicas, o sedentarismo, a resistência aos antibióticos e outros medicamentos correntes, o aumento da toxicodependência, a violência civil e doméstica ameaçam a saúde e o bem-estar de centenas de milhões de pessoas.

Como referido anteriormente a educação é uma das determinantes para a saúde, assim no contexto deste estudo em que se privilegia a educação para a saúde, fará sentido definir o conceito de educação mas também outros conceitos que estão relacionados com a comunicação tais como formação e informação.

O conceito de educação, conceito difícil de definir, tem sofrido alterações ao longo dos tempos como passamos a referir; para Platão “ educação era ser capaz de produzir filósofos reis”, para Cícero “ a educação deve livrar o aluno da tirania do presente”

Mais tarde Jefferson refere que “ A função da educação era ensinar aos jovens como proteger a sua liberdade e Rosseau afirma que a “ a educação serve para libertar os jovens dos constrangimentos não naturais de uma ordem social malévola e arbitrária”.

“Educar é fazer que alguém seja capaz de modificar o seu comportamento como resultado de uma experiência, ou seja, é utilizar de suas capacidades intelectuais (cognitivas), de raciocínio, para criar e modificar experiências ou conhecimento recebidos” (Teixeira, acesso em 06/10/06). Para Krishnamurti (2001), a educação deve ajudar na descoberta de valores perenes e verdadeiros, para que não resulte que os estudantes se apeguem às fórmulas ou à repetição de slogans. Não deve simplesmente a educação estimular o indivíduo a adaptar-se à sociedade ou a estar contra esta, mas que, a partir da investigação mais isenta, livre dos preconceitos e de "soluções externas preconcebidas", ele se torne capaz de ver a realidade dos factos... Ao mesmo tempo que ministra conhecimentos e preparo técnico, a educação deve, sobretudo, estimular uma visão integrada da vida... Educação não significa, apenas, adquirir conhecimentos, coligir e correlacionar factos; é compreender o significado da vida como um todo.

1.6.1 Formação / Informação / Educação

A formação está relacionada com a aprendizagem mas, não se confunde com ela. A aprendizagem indica simplesmente que alguém veio a saber algo que não sabia: uma informação, um conceito, uma capacidade. Mas não implica que esse 'algo novo' que se aprendeu nos transformou em um novo 'alguém'. E essa é uma característica forte do conceito de formação: uma aprendizagem só é formativa na medida em que opera transformações na constituição daquele que aprende. É como se o conceito de formação indicasse a forma pela qual as nossas aprendizagens e experiências nos constituem como um ser singular no mundo.

Nem tudo o que aprendemos - ou vivemos - deixa traços que nos formam como sujeitos. Os meios de comunicação social - As notícias dos telejornais, o trânsito de todas as manhãs, as informações sobre o uso de um novo aparelham, uma técnica para não errar: tudo isso pode ser vivido ou aprendido sem deixar traços, sem nos afectar. Uma experiência torna-se formativa pelo seu carácter afectivo; um livro que lemos, um filme a que assistimos ou uma bronca ressoa no nosso interior, como a nota de um instrumento que, ao ser tocada, ressoa na corda de outro. Trata-se, pois, de um encontro entre um evento, um objecto da cultura e um sujeito que, ao se aproximar de algo que lhe era exterior, caminha em direcção à constituição de sua própria vida interior.

Os conceitos, que temos de **informação** são vagos e intuitivos. Quando nos questionamos procuramos uma informação. Quando vemos televisão ou um filme, estamos a absorver informação. Ao ler um jornal, uma revista, ou ao ouvir música, sabemos que estamos lidando com algum tipo de informação. Até quando contamos uma piada transmitimos informação.

O conceito de informação deriva do latim e significa um processo de comunicação ou algo relacionado com comunicação mas, na realidade existem muitas e variadas definições de informação, cada uma mais complexa que outra. Podemos também dizer que Informação é um processo que visa o conhecimento, ou, mais simplesmente, Informação é tudo o que reduz a incerteza... Um instrumento de compreensão do mundo e da acção sobre ele" (Zorrinho, 1995).

Não temos uma definição que diga o que é informação. Sabemos intuitivamente o que é, mas não o conseguimos descrever, em palavras. Informação é o resultado do processamento, manipulação e organização de dados, de tal forma que represente uma modificação (quantitativa ou qualitativa) no conhecimento do sistema (pessoa, animal ou máquina) que a recebe.

É comum nos dias de hoje ouvir-se falar sobre a Era da Informação, o advento da "Era do Conhecimento" ou sociedade do conhecimento. Como a sociedade da informação, a tecnologia da informação, a ciência da informação e a ciência da computação em informática são assuntos recorrentes na actualidade, a palavra "informação" é frequentemente utilizada sem muita consideração pelos vários significados que adquiriu ao longo do tempo.

A aprendizagem em saúde favorece a participação. O acesso à **educação** e à informação é essencial para se conseguir uma participação efectiva e o reforço das capacidades das pessoas e das comunidades. Estas estratégias são os elementos fundamentais da promoção da saúde. (Será que se pode alterar o termo de educação para promoção)

Para fazer face aos novos perigos (Alteração do hábitos de vida resultante do sociedade de consumo) que ameaçam a saúde, são necessárias novas formas de acção. Nos próximos anos, o desafio consistirá em mobilizar o potencial da promoção da saúde que existe nos vários sectores da sociedade, nas comunidades locais e nas famílias, com o objectivo de atingir os seguintes pressupostos:

Promover a responsabilidade social no que respeita à saúde

Comprometer o poder político, de forma decisiva, e respeitar o princípio da responsabilidade social. Tanto o sector público como o privado devem promover a saúde, através de políticas e de acções, assim como o ensino e incentivo de práticas:

Que não sejam prejudiciais à saúde;

Que protejam o ambiente e assegurem uma utilização sustentada dos recursos;

Que restrinjam a produção e o comércio de substâncias e produtos nocivos como

o tabaco e as armas e dissuadindo as actividades de marketing prejudiciais à

Saúde;

Que defendam o consumidor e protejam o trabalhador;

Que incluam as avaliações de impacto sobre a saúde, na perspectiva da equidade,

como parte integrante do desenvolvimento das políticas.

Pretende-se aumentar o conhecimento sobre as mudanças nas determinantes da saúde e aumentar o conhecimento sobre boas práticas

Reforçar os investimentos para o desenvolvimento em saúde

Os investimentos correntes na saúde são desajustados e muitas vezes ineficazes. O aumento dos recursos para o desenvolvimento em saúde exige uma abordagem verdadeiramente multisectorial que preveja a alocação de recursos, tanto nos sectores da educação e da habitação como no da saúde. Investir mais em saúde, assim como reorientar os recursos existentes, em cada país, pode ter uma influência significativa no desenvolvimento humano, na saúde e na qualidade de vida. É preciso que nesta reorientação de recursos sejam tomadas em conta as necessidades de certos grupos específicos como as mulheres, as crianças, as pessoas idosas, as populações indígenas, os pobres e as populações marginalizadas. Principalmente estes deverão ser culturalmente integrados na educação e incentivados para que as novas gerações que percebam a importância da mobilização de recursos para a promoção da saúde.

Consolidar e expandir as parcerias em saúde

A promoção da saúde exige a constituição de parcerias que visem o desenvolvimento social e da saúde entre os diferentes sectores, a todos os níveis da governação e da

sociedade civil. Convém reforçar as já existentes e explorar a possibilidade de estabelecer novas parcerias.

Elas oferecem mútuo benefício para a saúde através da partilha da especialização, das competências e dos recursos. Todas as parcerias devem ser transparentes, responsáveis e nortear-se por princípios éticos e pela consideração e compreensão mútuas. A responsabilidade educar deve ser transversal a todos os actores e parceiros sociais numa lógica de complementaridade, expansão e cooperação.

Aumentar a capacitação da comunidade e do indivíduo

A promoção da saúde deve ser efectuada *por e com* e não *sobre e para* as pessoas. Esta abordagem melhora, a capacidade de agir dos indivíduos e, a capacidade dos grupos, organizações ou comunidades de influenciarem as determinantes da saúde. Promover a capacidade das comunidades para a promoção da saúde requer educação, formação para a liderança e acesso aos recursos. A capacitação dos indivíduos exige o acesso mais real e consistente ao processo de decisão, assim como exige a aquisição de competências e de conhecimentos essenciais, para uma efectiva mudança.

Os meios de comunicação tradicionais e as novas tecnologias devem contribuir para este processo. É necessário utilizar os recursos sociais, culturais e espirituais, em prol da saúde, de forma inovadora. O processo educativo que se pretende contínuo e partilhado, não se esgota nas entidades tradicionalmente vistas como privilegiadas para essa função.

Garantir uma infra-estrutura para a promoção da saúde

Para assegurar uma infra-estrutura de promoção da saúde, é necessário encontrar novos mecanismos para o seu financiamento, seja ao nível local, nacional e global. Devem, assim, ser desenvolvidos incentivos para influenciar as acções dos governos, das organizações não governamentais, dos estabelecimentos de ensino e do sector privado, para garantir, desta forma, a mobilização de recursos que maximizem a promoção da saúde.

"Os ambientes favoráveis à saúde" representam a base organizacional da infra-estrutura necessária para a promoção da saúde. Os novos desafios que se colocam nesta área significam que é preciso criar novas e diversas redes de colaboração intersectorial. Estas redes devem promover uma colaboração dentro e entre países e facilitar a troca de informações sobre quais as estratégias que provaram ser efectivas

e em que circunstâncias. Devem ser encorajadas quer a formação, quer a aquisição de competências de liderança, indispensáveis ao apoio das intervenções de promoção da saúde. A documentação de experiências neste domínio deve ser aperfeiçoada, através da investigação e de relatórios de projecto, de modo a melhorar o planeamento, a implementação e a avaliação.

O processo educativo é dinâmico e deverá ser permanentemente renovado e aperfeiçoado e que promova a solidariedade na responsabilidade. (Carta de Jacarta)

1.6.2 Aprender a viver com limitação.

Os utentes com doenças crónicas são utentes com limitações que tem que reaprender a viver. A formação, educação e informação são instrumentos na reabilitação. A reabilitação pretende atenuar as incapacidades da doença que afecta os utentes. Consideramos a reabilitação com sendo “um processo global e dinâmico orientado para a recuperação física e psicológica da pessoa portadora de deficiência, tendo em vista a sua reintegração social”. (Sociedade Portuguesa de Reabilitação).

A Reabilitação nos doentes com DPOC e Asma aplica-se aos utentes, que apresentem sintomas como tosse, dificuldade em respirar, cansaço fácil e frequentemente limitação na realização das suas tarefas do dia-a-dia. Complementarmente com a terapêutica. É da responsabilidade do trabalho de uma equipa de médicos e técnicos, com formação específica e treino para planear ou executar um programa de reabilitação – conjunto de intervenções de acordo com a gravidade da doença e suas complicações.

A Reabilitação é capaz de influenciar positivamente os efeitos da doença respiratória particularmente: a má condição física, outras doenças associadas como é exemplo a doença cardiovascular, as alterações psicológicas que aparecem ou se agravam com a longa duração da doença (depressão e/ou ansiedade); é facilitadora do convívio com os amigos e outras pessoas, tornando de novo possível viver em sociedade e ao mesmo tempo conviver com a doença. Está cientificamente demonstrado que, para cumprir estas metas o programa de reabilitação deve incluir prioridades como: a informação e educação do doente / família, a interrupção do hábito de fumar, a intervenção a nível psicológico e social com vista a novas atitudes face à doença, a

correção de uma nutrição deficiente e o treino ao esforço dos músculos das pernas e braços.

Outras áreas de trabalho merecem ser valorizadas quando se trata de ganhos em capacidade física. Aprender a gastar menos energia e a controlar a respiração para aliviar a dificuldade respiratória na realização de um esforço, praticar regularmente actividade física / desporto, vão melhorar o desempenho diário, a dependência e a auto-estima.

Todas as intervenções que habilitem o doente e a sua família a conhecer a doença, as suas complicações e tratamento, vão prevenir, cuidar e promover a saúde respiratória. Trata-se de identificar o risco de doença (tabaco) para o evitar ou diminuir tanto quanto possível, valorizar os sintomas respiratórios (dificuldade respiratória / limitação de ordem física), procurar o médico com vista a um diagnóstico precoce da doença, reconhecer a sua gravidade e saber actuar perante uma agudização (medicação a fazer e quando procurar os serviços de saúde), conhecer os diferentes tratamentos e a forma correcta de os utilizar (técnica de inalação), planear as suas viagens e meios de transporte a utilizar. Estar informado é ser mais autónomo no controlo da doença e é não ser dependente dos outros e dos serviços de saúde.

Secção II – Caracterização dos Sistemas de Saúde

2 COMPARAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS COM ALGUNS SISTEMAS DE SAÚDE EUROPEUS

2.1 Sistema de Saúde Português

Os sistemas de saúde são um complexo conjunto de actividades que deve conciliar a liberdade e a solidariedade, assim cada país organiza o seu próprio sistema de saúde de acordo com as suas aspirações históricas, políticas e morais. “A saúde deverá pois ser encarada, como um investimento e não como um custo. Os ganhos em saúde necessitam de ser pensados em cenários que incluam as consequências individuais e colectivas em períodos de tempo que cursam para lá dos ciclos políticos.” (Portal da saúde, vs on line; sd, sp)

2.1.1 Breve Historia do Sistema Nacional de Saúde Português

É importante conhecer a evolução da sistema de saúde português num passado mais recente – ajuda-nos a compreender melhor os factores que mais influem sobre o seu desenvolvimento e a sua configuração actual.

Durante o último quarto de século, Portugal sofreu em períodos de tempo particularmente curtos, transformações de importância transcendente: democratização e descolonização (1974), entrada na CEE (1985) e integração na União Monetária Europeia (2000), num ambiente de rápida transição de paradigma tecnológico.

Podemos identificar cinco agendas políticas:

- Antes dos anos 70
- Do início dos anos 70 a 1985 – estabelecimento e expansão do Serviço Nacional de Saúde (SNS)
- De 85 a 95 – regionalização do SNS e novo papel para o sector privado
- De 95 a 2002 - uma “nova gestão pública - new public management” para o SNS

Nos últimos 30 anos identifica-se um esforço sustentado para melhorar a saúde e os serviços de saúde. Consistindo no aumento do financiamento da saúde, na expansão

dos serviços de saúde – em instalações e adopção de novas tecnologias médicas e de informação – melhoria do acesso a medicamentos e esforços contínuos de melhorar a organização e gestão do SNS. Contudo, ao longo deste período de tempo, foi frequentemente observado que, no mesmo ciclo político, com o mesmo primeiro-ministro, a mudança de equipas ministeriais levou a alterações substanciais nas agendas políticas.

No início dos anos 70 Portugal apresentava indicadores socioeconómicos e de saúde muito desfavoráveis no contexto da Europa Ocidental de então: uma taxa de mortalidade infantil de 58.6 (5.0 em 2001), aproximadamente 8.000 médicos (à volta de 33.000 em 2001, com um pequeno incremento populacional ao longo destes 30 anos), 37% de partos hospitalares (99% em 2001).

O sistema de saúde Português estava muito fragmentado: alguns grandes hospitais do Estado, uma extensa rede de hospitais das Misericórdias, postos médicos dos Serviços Médico Sociais da Previdência; Serviços de Saúde Pública (centros de saúde a partir de 1971); médicos municipais; serviços especializados para a saúde materno-infantil, tuberculose e as doenças psiquiátricas; sector privado especialmente desenvolvido na área do ambulatório.

A capacidade de financiar os serviços públicos da saúde era muito limitada - a despesa com a saúde era de 2,8% do PIB, em 1970.

A reforma do sistema de saúde e da assistência, legislada em 1971 (conhecida como “a reforma de Gonçalves Ferreira”), que incluiu o estabelecimento dos “Centos de Saúde”, foi concebida no espírito daquilo que, 7 anos mais tarde, vem a ser declarado, em Alma Ata, como “cuidados de saúde primários”. Apesar de uma implementação limitada, forneceu a base para o futuro Serviço Nacional de Saúde.

A revolução do 25 de Abril de 1974 e a Constituição de 1976 levaram a criação de um Serviço Nacional de Saúde como a resposta mais adequada à necessidade de uma cobertura, mais extensa e equitativa, de serviços de saúde. A nova constituição estabelecia que “todos têm direito à protecção da saúde” que se realizaria “pela criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito”. A lei do Serviço Nacional de Saúde (1979) declara que o acesso ao SNS deve ser garantido a todos os cidadãos independentemente da sua condição social ou económica. A revisão da Constituição em 1989 muda “serviço nacional de saúde” “gratuita” para “tendencialmente gratuito”. A nova lei do Serviço Nacional de Saúde também significou

que o financiamento da saúde começou a provir do Orçamento Geral do Estado substituindo o financiamento com base nos fundos sociais.

Os anos 70 não foram tempos fáceis para a reforma. A “crise do petróleo” teve um impacto muito negativo na economia portuguesa. Consequentemente houve limitações sérias no financiamento disponível para iniciar as reformas sociais. O SNS tornou-se uma aventura sob - financiada desde o seu início. Após uma década de implementação dos centros de saúde (centros de saúde de 1ª geração) perdeu-se a oportunidade de lhes fornecer o desenvolvimento organizacional necessário para melhorar a acessibilidade e integrar a nova carreira médica (medicina geral e familiar), em 1984/5, quando foram fundidos com os Serviços Médico - Sociais da Previdência.

A década de 1989-1995 foi marcada por estabilidade política desde a revolução de Abril. Portugal tornou-se membro da Comunidade Económica Europeia (agora União Europeia) em 1986 e tornou-se possível o financiamento europeu para desenvolvimento de infra-estruturas sociais e económicas. Isto incluiu o sector da saúde. As instalações e equipamentos do SNS continuaram a expandir-se. Uma proporção crescente da riqueza do país era destinada à saúde.

Tornou-se clara a necessidade de alterações de gestão e organizacionais para melhorar a efectividade e eficiência do sector da saúde. As preocupações mais evidentes, na agenda política, que emergiram ao longo desta década foram:

- **de SNS a rede de cuidados de saúde.** A legislação de 1990 (Lei de bases da saúde) definiu o papel do SNS num contexto mais alargado de sistema de saúde.
- **um novo papel para o sector privado.** Em 1995, a gestão de um hospital novo, de 600 camas, próximo de Lisboa, foi contratada a um consórcio privado.
- **regionalização e integração do SNS.** Em 1993 foram estabelecidas 5 regiões administrativas de saúde (Administrações Regionais de Saúde) assim como “unidades funcionais” entre hospitais e centros de saúde. Estas últimas tinham como objectivo conseguir uma melhor integração entre cuidados primários, secundários e terciários.
- **taxas moderadoras.** Em 1990, o Governo introduziu taxas moderadoras no SNS com excepção para grupos de risco e economicamente desfavorecidos.

A descontinuidade nas agendas políticas levou a que o impacto destas iniciativas fosse limitado.

De forma a conseguir alguma transferência do peso financeiro do sector, a lei de 1990 propôs um esquema de “*opting – out*” que permitia aos cidadãos moverem-se da “seguradora” pública para seguradoras privadas recebendo estas um subsídio *per capita* do Estado. Isto não foi implementado, aparentemente, devido à falta de interesse das seguradoras.

Outras alterações incluíram o início do desenvolvimento de um sistema de informação baseado nos “Grupos de Diagnóstico Homogéneo” para a gestão hospitalar.

Após 10 anos de considerável estabilidade política – um governo PSD com maioria parlamentar em 8 destes 10 anos – iniciou-se um novo ciclo político no final de 1995.

Neste contexto foi adoptado um processo de reforma cauteloso centrado em princípios da “nova gestão pública - new public management” aplicada à reforma do SNS. O que pode ser sumariado de seguinte forma:

- **Estratégia de saúde.** De 1996 a 1999 uma ampla “Estratégia para a viragem do século” foi desenvolvida. Esta estratégia incluía metas de 5 e 10 anos para ganhos em saúde e desenvolvimento de serviços. A implementação e monitorização desta estratégia foi descontinuada quando uma nova equipa ministerial entrou em funções no final de 1999.
- **Empresarialização pública no desenvolvimento dos hospitais e centros de saúde.** Neste período iniciaram-se uma série de projectos experimentais na reorganização dos cuidados de saúde primários. Os projectos Alfa são exemplos destas experiências em que equipas de médicos, enfermeiros e administrativos, com um projecto de trabalho negociado com a administração, exerciam a sua actividade, muitas vezes em instalações mais próximas das comunidades. Estas experiências também inspiraram a legislação de 1999 que via os centros de saúde como organizações em rede. Este processo foi interrompido em 2000.
- **Desenvolvimento da qualidade.** Uma nova abordagem para promover a qualidade no sector da saúde foi desenhada e implementada. Isto incluiu a criação do Instituto da Qualidade em Saúde
- **Política de recursos humanos.** Em 1998, o Conselho de Ministros adoptou uma resolução criando mais duas escolas de medicina públicas, reforçando o ensino da enfermagem, promovendo mais capacidade de investigação e melhor coordenação entre as instituições onde se faz a formação pré e pós

graduada dos profissionais de saúde. A implementação desta resolução nos três anos seguintes foi incompleta.

- **Reengenharia do sistema – distinção entre o financiamento e a prestação de cuidados de saúde; sistemas locais de saúde.** Em 1996, as Administrações Regionais de Saúde iniciaram um processo que levou ao estabelecimento das “Agências de contratualização”. Estas destinavam-se a desenvolver perícia na análise, negociação e decisão da distribuição de recursos financeiros pelos serviços de saúde, desenvolvendo instrumentos de informação e monitorização para esse fim. Em 1999 foi aprovada legislação para suportar a melhoria de coordenação das actividades de saúde ao nível local (sistemas locais de saúde).

Foram também implementados programas para reduzir as listas de espera cirúrgicas e para introduzir o cartão do utente. Desde 1997 que o método clássico de financiamento retrospectivo dos hospitais foi parcialmente alterado para incorporar elementos de financiamento prospectivo, relacionado com actividade (baseados nos Grupos de Diagnóstico Homogéneo). Foram tomadas algumas iniciativas para regular o mercado farmacêutico, incluindo a promoção de medicamentos genéricos. Em 2001 o Ministro da Saúde estabeleceu normas formais para o desenvolvimento de Planos Directores Regionais para os hospitais e centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. Simultaneamente, anunciou planos de estabelecer Parcerias Público-Privado (PPP) para a construção de novos hospitais. (OPSS, 2003)

2.1.2 Financiamento do Sistema de Saúde

Cada vez mais os países tem uma preocupação acrescida com a saúde das suas populações, considerando-a “um bem de valor sem preço”, assim cada um dispõe de uma certa forma de organização encarregada de dar respostas a essa procura. Os estados organizam e coordenam as actividades dos profissionais de saúde com a dos parceiros que contribuem para o financiamento da prestação dos cuidados.

“Existem quatro fontes principais de financiamento dos cuidados de saúde: impostos, contribuição para esquemas sociais de seguro, subscrições voluntárias de esquemas privados de seguro e pagamentos directos por parte dos doentes. Estas quatro fontes podem ser classificadas em sistemas compulsórios (impostos e seguro de saúde

social) ou sistemas voluntários (seguro voluntário e pagamentos directos). “ (Barros, Gomes, 2002:14)

Muitos sistemas de saúde na região europeia dependem de um misto destas quatro fontes. É possível distinguir três categorias de países dentro da EU, agrupados de acordo com o tipo de financiamento obrigatório predominante que caracteriza o SNS ou o tipo de financiamento obrigatório predominante que o país gostaria de desenvolver. Os três grupos são:

- *Sistemas de cuidados de saúde baseado no modelo Bismark (Seguros)*
- *Sistemas de cuidados de saúde baseado no modelo Beveridge (Impostos)*
- *Sistemas de cuidados de saúde que á relativamente pouco tempo começaram a mudar dum sistema de seguros para um sistema baseado em impostos*

Embora esta distribuição assente num tipo de financiamento obrigatório predominante, não existe nenhum sistema "puro": os sistemas de financiamento que dependem sobretudo dos impostos contêm tipicamente também elementos de seguro social e os sistemas baseados em seguros sociais incluem muitas vezes fortes elementos de financiamento fiscal. Além disso, todos os sistemas de cuidados de saúde da União Europeia ou incluem ou têm planos para incluir alguns elementos dos dois tipos de financiamento voluntário.

O quadro nº5 abaixo mostra uma caracterização básica das tendências dominantes nos sistemas de financiamento dos cuidados de saúde na União Europeia. Esta tabela não reflecte contudo a essencial componente temporal. A maior parte dos países do grupo 1 adoptaram os seus sistemas há muito tempo, alguns mesmos no século XIX. Os sistemas de cuidados de saúde de todos os países do grupo 2 eram inicialmente sistemas de seguro social, os quais foram transformados, nas décadas recentes, em sistemas de saúde nacionais assentes no financiamento via impostos. Os países do grupo 3 começaram recentemente um processo de transformação de um financiamento baseado no seguro social para um financiamento dependente dos impostos. Assim, o grupo 3, onde se inserem os países actualmente em transição, só se distingue do grupo 2 pela componente temporal.

QUADRO Nº5: OS PAÍSES DA U.E. AGRUPADOS DE ACORDO COM O MÉTODO DE FINANCIAMENTO ACTUAL OU PLANEADO

Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
Sistema baseado em seguros	Sistema baseado em impostos	<i>Em transição para um sistema baseado em impostos</i>
Áustria Bélgica França Alemanha Luxemburgo Países Baixos	Dinamarca Finlândia Irlanda Suécia Reino Unido	Grécia Itália Portugal Espanha

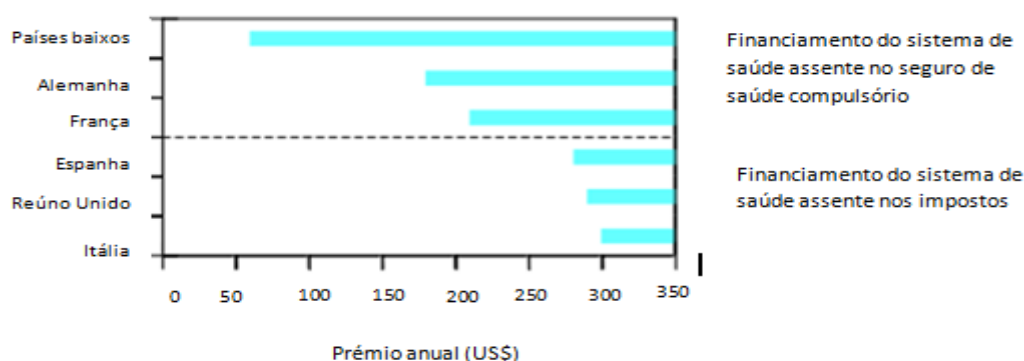
Fonte: Barros. P & Gomes, J, 2002:60

2.2 Cobertura dos Sistemas de Saúde

Os gráficos 2 e 3 mostram as incursões extremamente variáveis conseguidas pelos seguros privados em alguns países da União Europeia. Os sistemas de saúde que dependem maioritariamente do financiamento fiscal mostram uma resistência menor em relação ao financiamento dos seguros privados.

Dois países ficam inevitavelmente de fora deste grupo: a Dinamarca e a Irlanda. Na Dinamarca, a maior parte do reembolso para seguro privado destina-se a cuidados de medicina dentária e para medicamentos não cobertos pelo sistema público. A Irlanda distingue-se dos restantes países com um financiamento assente nos impostos porque é o único país onde os benefícios cobertos pelo sistema público variam com o rendimento dos indivíduos.

GRÁFICO N.º 2: PRÉMIOS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIVADOS (INDIVIDUAIS E DE GRUPO) POR CABEÇA DA POPULAÇÃO EM PAÍSES SELECIONADOS DA UNIÃO EUROPEIA 1993

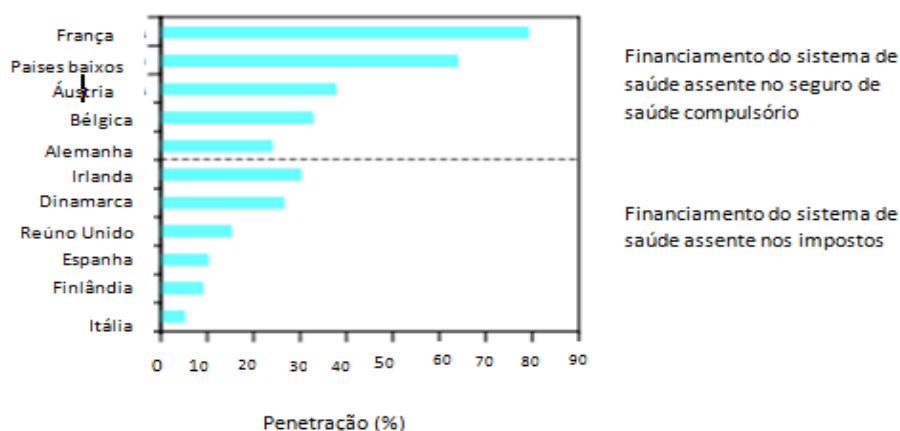


Fonte: Barros, P & Gomes, J, 2002:17

Desde 1991, existem duas categorias: o terço mais pobre da população tem direito a uma cobertura total gratuitamente; a outra parte da população deve proceder a determinados pagamentos directos, uns sendo co-pagamentos, outros o pagamento total pelos serviços não incluídos no pacote de benefícios. Assim, existe um relativamente maior espaço para a penetração dos seguros privados na Irlanda.

No gráfico nº 3, os países cujos financiamentos para a saúde dependem predominantemente do seguro social compulsório mostram simultaneamente prémios por cabeça mais elevados e uma taxa de penetração superior. As taxas de penetração são muito altas, nos Países Baixos, porque existe uma elevada percentagem de pessoas que optam por prescindir do seguro social e, em França, devido a taxas de reembolso relativamente baixas. Os Países Baixos são o país da União Europeia onde existem os maiores níveis de prémio por cabeça. O nível intermédio encontrado em França - que ao mesmo tempo tem a maior penetração do seguro privado na Europa, 80% - deve-se ao facto da cobertura de saúde privada ser quase exclusivamente suplementar, o que implica prémios de longe menores que a cobertura para serviços médicos básicos.

GRAFICO Nº 3: PENETRAÇÃO DO SEGURO MÉDICO PRIVADO EM PAÍSES DA EU, INICIO DA DÉCADA DE 90



Fonte: Barros. P & Gomes, J, 2002:17

Em vários países da União Europeia, o seguro privado tem vindo a crescer, embora algumas vezes a uma taxa muito baixa. As taxas de crescimento podem acelerar nos próximos anos se os governos tentarem cortar nas despesas em cuidados de saúde aumentando a proporção de custos suportados pelos doentes.

2.3 Comparações

Portugal esta ainda, segundo dados de 2004 da organização para a cooperação e o desenvolvimento económico, entre os que proporcionalmente mais investem na saúde, com 10% do produto interno bruto. E de acordo com um estudo da organização mundial de saúde, também de 2004, o sistema nacional de saúde aparece no 12º lugar da tabela sobre a eficácia dos sistemas de saúde face ao capital despendido. A classificação considera os 191 membros da OMS. Atrás de nos posicionam-se países que tradicionalmente habituamos a atribuir como mais eficientes, como por exemplo, Finlândia, Suécia e Dinamarca, Bélgica, Holanda e Luxemburgo (DECO, 2007).

Nos países europeus a percentagem dos gastos públicos em relação aos gastos totais tem valores da ordem de 60% (mínimo) a 85% (máximo). Tabela nº7

TABELA Nº7: PROTECÇÃO SOCIAL EM SAÚDE – PAÍSES INDUSTRIALIZADOS SELECCIONADOS, 2005.

Países	Gasto público en salud % gasto total	Cobertura Pública SNS ou Seguro social % total de población
Alemanha	76,9	89,6
Áustria	75,7	98,0
Bélgica	72,3	99,0
Dinamarca	84,1	100,0
Espanha	71,4	99,5
Finlândia	77,8	100,0
França	79,8	99,9
Itália	76,6	100,0
Noruega	83,6	100,0
Holanda	62,3	62,1
Portugal	72,7	100,0
Reino Unido	87,1	100,0
Suécia	84,6	100,0

Fonte: Silva. S, 2008:11

A cobertura do sistema de serviços públicos de saúde é próxima de 100% da população para a maioria dos países. A Holanda é a única excepção, com 62,1%

TABELA Nº 8: PARTICIPAÇÃO EM % DOS GASTOS PÚBLICOS TOTAIS EM SAÚDE, PAÍSES DA OCDE SELECCIONADOS, 1970-2004

País	1970	1980	1990	1996	2004
Alemanha	73.3	79.2	76.8	78.3	76.9
Áustria	63.0	68.8	75.0	74.9	70.7
Bélgica	87.0	83.4	88.9	87.7	71.1
Dinamarca	86.3	85.2	82.3	79.4	82.9
Espanha	65.4	79.9	78.7	76.3	70.9
França	74.7	78.8	74.5	80.7	78.4
Holanda	84.3	74.7	72.7	77.0	62.3
Itália	86.9	80.5	78.1	69.9	75.1
Noruega	91.6	85.1	83.3	82.5	83.5
Portugal	59.0	64.3	65.5	59.8	73.2
Reino Unido	87.0	89.4	84.1	84.3	86.3
Suécia	86.0	92.5	89.9	80.2	84.9
Suíça	63.9	67.5	68.4	71.9	58.4

Fonte: Silva, S, 2008:11

O sistema de financiamento e as modalidades de pagamento em três países da União Europeia, são representativos de três modelos paradigmáticos de organização: Alemanha, Holanda e Reino Unido.

QUADRO Nº6: FINANCIAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE

	<i>Cobertura Seguro Público</i>	<i>Cobertura Seguro Voluntário</i>	<i>Cobertura Seguro Privado</i>
Alemanha	85% População	13% População	2% População
Holanda	Seguro obrigatório 100%	Grupo menor rendimento 60%	Seguro privado 40%
Reino Unido	Impostos	Seguro fundo de doença	Pagamento dos doentes
	79%	Seguro Nacional	
		16%	5%

Fonte: Barros. P & Gomes, J, 2002:70

Alemanha

O modelo de financiamento dos serviços de saúde na Alemanha assenta basicamente no financiamento público. As bases deste sistema foram lançadas por Bismarck. Todos os cidadãos beneficiários das caixas de seguro obrigatório contribuem directamente com valores pouco significativos para os cuidados de saúde. A cobertura de cuidados de saúde é assegurada por um sistema de seguros altamente estruturado e regulamentado que não pode ser rotulado de privado ou de público. Existem variados fundos de seguros que têm diversas taxas de contribuição e estão organizados por distrito, por actividade profissional ou por empresa.

Cerca de 90% da população está coberta por um Sistema de Seguro de Saúde Público que, desde há mais de 100 anos, constitui o esqueleto do sistema de seguros de saúde e cobre todos os trabalhadores com rendimentos inferiores a um determinado nível (4800 DM em 1999). Cerca de 85% da população encontram-se assim cobertos. Cerca de 13% da população opta por um seguro voluntário do mesmo tipo de fundos de doença e 2% (aqueles que recebem remunerações elevadas) por um seguro privado. O número de indivíduos não assegurados é inferior a 1%.

Holanda

O sistema de financiamento da Holanda combina o sistema de reembolso voluntário com sistema de contrato público, que consiste em fundos de doença, através dos quais são pagos directamente os prestadores, ao acto ou por capitação. Caracteriza-se por uma regulamentação central dos preços, do volume e da capacidade e por um sistema misto de financiamento. O nível de partilha de custos é baixo e os prestadores são normalmente independentes (OCDE, 1992).

Um fundo central recebe o rendimento relativo às contribuições dos cidadãos e paga prémios de risco às seguradoras. Esta é a maior mudança na prática do financiamento. Esta alteração dará às seguradoras um incentivo para não rejeitarem doentes de alto risco (Hindle et al, 1993).

No financiamento de cuidados de saúde holandês:

Em primeiro lugar, toda a população está coberta por um seguro obrigatório para doenças e incapacidades graves e prolongadas através da Lei das Necessidades Médicas Excepcionais;

• Em segundo lugar, a maior parte dos grupos de menor rendimento (cerca de 60% da população) são obrigatoriamente seguros em fundos de doença. As contribuições estão relacionadas com o rendimento e são sujeitas a um limite máximo, sendo cobradas pelos empregadores. Os fundos de doença foram gradualmente consolidados pelo que, actualmente, existe um fundo único na maior parte do país;

• Em terceiro lugar, quase toda a restante população (cerca de 40%), compra seguros privados a cerca de 70 empresas seguradoras. Estes seguros são geralmente apólices individuais que levam em conta o risco.

Reino Unido

O sistema de saúde do Reino Unido continua a ser considerado o paradigma de um Serviço Nacional de Saúde, de onde irradiou a sua influência para países como Portugal, em que os recursos provêm essencialmente de impostos, os prestadores são na sua maior parte públicos e existe cobertura universal e tendencialmente gratuita para toda a população. A finalidade do Serviço Nacional de Saúde Britânico (NHS) é garantir a melhoria do estado de saúde físico e mental da população e actuar na prevenção, diagnóstico e tratamento da doença.

O NHS é financiado simultaneamente por impostos (79% das despesas), por contribuições do seguro nacional (16%) e pelo pagamento dos doentes (5%) (OCDE, 1992 e Hindle et al., 1993). Os cerca de 58 milhões de habitantes do Reino Unido têm direito a cuidados de saúde gratuitos, oferecidos pelo NHS, independentemente do rendimento ou das contribuições pagas. (Barros. P & Gomes, J, 2002)

Secção III – Caracterização de Planeamento e Avaliação de Processos

3 PLANEAMENTO E AVALIAÇÃO DE PROCESSOS

De uma maneira geral, podemos pronunciar que o planeamento, enquanto elemento do processo de tomada de decisão no quadro do desenvolvimento de um projecto, justifica-se pela diversidade e complexidade social em que os actores sociais se movimentam e interagem mas, também porque cada vez mais a consciência social torna evidente a escassez de recursos face as necessidades cada vez maiores e mais exigentes bem como a ética social que impõe a equidade na sua utilização. O planeamento é pois importante para uma definição de prioridades, na impossibilidade, perante a referida escassez de recursos, de resolver todos os problemas existentes.

A avaliação deve ser considerada como uma necessidade intrínseca dos projectos. Consiste numa actividade programada de reflexão sobre a acção baseada em procedimentos sistemáticos de colheita, análise e interpretação de informações que possam subsidiar a tomada de decisão para ajustar a acção presente ou mudar as acções desenvolvidas. O objectivo é determinar a relevância e cumprimento dos objectivos, de desenvolvimento, eficiência, eficácia, impacto e sustentabilidade. Uma avaliação deve proporcionar informação que seja credível e útil, permitindo a incorporação de experiências aprendidas no processo de tomada de decisão em ambas as partes. (Project Cycle Guidelines, 2004)

Como podemos observar pelo quadro nº 8 os critérios avaliativos considerados pela União Europeia.

QUADRO Nº7: CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO CONSIDERADOS PELA UNIÃO EUROPEIA

Relevância (Pertinência)	Refere-se aos objectivos do projecto, se são adequados para o problema em causa. Deve-se ter em consideração o desenho do projecto ou seja a lógica e a integralidade do processo de planeamento do projecto, a lógica interna e a coerência da concepção do projecto.
Eficiência	Refere-se à optimização dos recursos utilizados (ao melhor resultado possível com os recursos disponíveis); O conceito de eficiência diz respeito à relação entre os resultados e os custos envolvidos na execução de um projecto ou programa.
Eficácia	Diz respeito ao grau de aproximação e à relação entre o previsto e o realizado, no sentido de combinar os “ incomes” e as execuções necessárias à consecução dos resultados visados. É especialmente importante em avaliações do tipo formativa ou de processo e na monitorização
Impacto	Avaliação de Impacto pode ser definida como qualquer combinação de procedimentos ou métodos através dos quais se possibilita julgar os efeitos que uma política ou um programa poderiam ter na população. O principal objectivo da Avaliação de é garantir que o impacto seja considerado como parte do processo de tomada de decisão para implantação e continuidade de políticas, programa e projectos. A Avaliação de Impacto é uma metodologia bastante nova, basicamente da última década. Ao se estimar os efeitos que os projectos, programas e políticas apresentam nas populações, pode-se maximizar os efeitos positivos e evitar os negativos.
Sustentabilidade	<p>Procura verificar se os benefícios se prolongam ou perduram no tempo, após a intervenção. Isto é, em que medida os beneficiários podem e querem prosseguir após a concretização dos objectivos da intervenção.</p> <p>O critério de sustentabilidade, em algumas avaliações, é considerado um impacto socioeconómico e, portanto, incluído no âmbito desse critério. Noutras, como a sustentabilidade está associada ao conceito de desenvolvimento equilibrado, incluída na definição de utilidade, é considerado como a manutenção do capital humano, produtivo, natural e social para futuras gerações</p>

Fonte: Project Cycle Management Guidelines , 2004:57 (adaptado)

Assim, a avaliação de programas e projectos sociais deverá ser entendida como parte do processo de planificação e gestão dos serviços de saúde. Entretanto, as experiências de avaliação têm sido muito limitadas de modo que essa actividade ainda não se encontra instalada enquanto prática corrente.

3.1 A Importância Colectiva e Individual do Planeamento

Considera-se o sujeito (individual ou colectivo) como um actor capaz de calculo e de escolha num contexto de racionalidade quer pelos constrangimentos do sistema quer pelo conhecimento dos contextos de acção e/ou das consequências da sua acção. Um actor capaz de acções estratégicas e portanto portador de racionalidades o que não significa lucidez ou consciência, tal como o cálculo não conduz ao utilitarismo e instrumentalização pura.

Simultaneamente, entendem-se as estruturas como produzidas num contexto da acção colectiva e colectivamente suportadas pelos actores recusando-se uma concepção de que as “estruturas” que organizam os sistemas e os “modos de acção” colectiva” sejam encaradas como “dados naturais” que aparecem espontaneamente e cuja existência seria por si só como um resultado automático de uma dinâmica qualquer. Mas, não se entendem essas estruturas como fruto da soma linear das decisões individuais. As “estruturas”, sempre provisórias e contingentes, são fruto das condições encontradas pelos actores graças a recursos e capacidades específicas e historicamente datadas.

O planeamento opõe-se tanto à lógica da rotina e da repetição ritualista de procedimentos, como à lógica casuística das decisões avulso ao sabor dos esforços e dos eventos. “Planear consiste em projectar uma mudança, antecipar conceptualmente uma realidade desejável, prever as etapas necessárias de transformação dessa realidade e os caminhos a percorrer pelos agentes, identificar os factores que afectam o processo e os modos como se pode intervir sobre eles, escolher as acções correspondentes e mobilizar os meios necessários para que a mudança desejada ocorra de facto no sentido projectado” (Capucha, 2008:13). Assim o planeamento actua sobre as mesmas matérias que a acção rotineira e casuística. Evidencia-se desta porque insere sentido e rigor na organização da reflexão e no processo de tomada de decisão sobre as actividades e desenvolvimento no prosseguimento da acção.

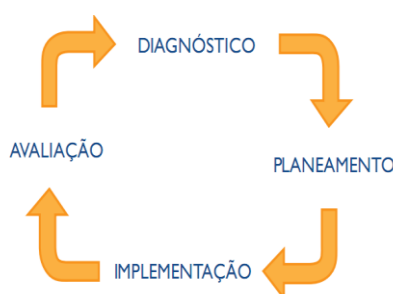
O conceito de planeamento não tem uma definição clara, apesar de inúmeras definições formais. O vocábulo planeamento, no sentido do senso comum, pode-se dizer que é programar um futuro desejado. No entanto tem sido utilizado em contextos tão distintos que se torna difícil defini-lo de uma forma consensual, assim optamos pelo conceito de Isabel Guerra, que entende o planeamento como uma forma de encarar o funcionamento, a organização e a evolução de um universo de acção e dos seus componentes (Guerra, 2000:109). Concluindo-se com a avaliação que constitui como que o factor estruturante das estratégias operacionais executadas, planejar é também gerar conhecimento facilitador da gestão de meios e recursos de forma eficiente e equitativa.

Planear é antes de mais, introduzir um vector direccional no fio condutor do pensamento. Esse vector leva a que as decisões de mudança e as ideias que lhe dão corpo se organizem a partir do geral para o particular, ou seja, das orientações e objectivos gerais para as acções específicas, e do abstracto para o concreto, isto é das ideias para a realidade concreta, em níveis sucessivos de concretização prática dessas ideias.

3.2 Avaliação como uma das fases da metodologia do Planeamento

Como podemos observar pela figura nº7 – ciclo de projecto, em primeiro lugar apresenta-se a fase de diagnóstico, que começa pela elaboração de uma listagem de problemas. A etapa seguinte é relaciona-los entre si através de uma técnica de visualização a que chamamos árvore dos problemas, que consiste numa representação esquemática a melhorar no campo de intervenção. Ver figura nº7

Fig.nº 5: CICLO DE PROJECTO



Fonte: Pena, s/data: 11

http://www.arvoredeproblemas.com/dossie/programa_formacao.pdf

Deste modo, o planeamento trabalha sobre as mesmas matérias que a acção rotineira e casuística. Distingue-se desta porque introduz sentido e rigor na organização do pensamento e no processo de tomada de decisão sobre as iniciativas a desenvolver e a prossecução da acção.

Planear é, antes de mais, pensar a mudança de uma determinada maneira. Trata-se desde logo de a pensar antes de ela acontecer, não apenas no sentido cognitivo da análise prospectiva, mas também no sentido prático da intervenção. Isto é, diz respeito não apenas à mobilização de conhecimento (técnico e científico) para prever o que vai mudar, mas também à definição de como deve mudar.

Trata-se, pois, de introduzir um vector direccional para que as decisões de mudança e as ideias que lhes dão corpo se organizem a partir do geral para o particular.

Um elemento estruturante do planeamento é a avaliação.

Avaliação emergiu como uma área distinta de prática profissional nos anos do pós-guerra na América do Norte. Três vertentes foram importantes num período inicial: avaliação educacional (por exemplo, a eficácia de novos currículos nas escolas), ligando avaliação com a alocação de recursos (por exemplo, através de um planeamento, programação e orçamento do sistema) e avaliação de programas anti-pobreza. Estas diferentes vertentes indicam algumas das tradições principais da avaliação que ainda persistem e que hoje incluiu experiências e estudos quantitativos usando grupos de controlo como base para experiências em educação; custo / benefício e métodos de avaliação económica e participativa indicador de métodos qualitativos e envolvendo os destinados beneficiários dos programas no processo de avaliação.

Subjacente a estas diferentes tradições são quatro os principais grupos cujos interesses, por vezes, concorrem entre si na definição de prioridades de avaliação. Estes incluem:

- Decisores políticos, por exemplo, autarcas e políticos;
- Interesses profissionais e especializadas, por exemplo, professores do ensino ou os cientistas em pesquisa;
- Gerentes e administradores, por exemplo, funcionários públicos e dirigentes de agências públicas locais

- Cidadãos e pessoas afectadas pela acção pública, põe exemplo, os beneficiários presumidos de intervenções previstas.

3.2.1 Tipologias

Podem salientar-se várias formas avaliativas, representando papéis e funções diferentes entre si, obedecendo a critérios diferentes que se complementam, como podemos observar no quadro nº 9

QUADRO Nº 8 TIPOLOGIAS DE PRÁTICAS AVALIATIVAS

CRITÉRIOS REFERÊNCIA	TIPOS DE PRÁTICAS AVALIATIVAS		
Grau de aproximação do avaliador/equipa de avaliação no projecto	Avaliação Externa	Avaliação Interna	-----
Espaço de vida de um projecto	Avaliação Ex ante	Avaliação Formativa	Avaliação Ex-post
Componentes de um Projecto	Avaliação do Desenho e Conceptualização	Avaliação de processo	Avaliação de Eficácia e Eficiência

Fonte: Monteiro, 2008: 2-3

A avaliação interna e a avaliação externa refere-se ao tipo de participação que o avaliador tem com a equipa. Neste estudo irá proceder-se a uma avaliação externa uma vez que é levada a cabo por pessoas que não participam directamente na actividade avaliada. Assim “assumem-se alguns riscos e resistências ao nível da possibilidade de conflitos de interesses entre as equipas, de uma carácter demasiado “teórico” da avaliação, de dificuldades de acesso á informação ou de uma confusão entre a avaliação de um programa e avaliação dos indivíduos que nele participam” (Monteiro, 2008:3).

A avaliação interna é realizada por pessoas que integram a organização ou grupo avaliado e/ ou estritamente associado à acção que é objecto do processo avaliativo.

No que respeita a um projecto de intervenção constituído por uma organização que utiliza determinadas estratégias, com o objectivo de alterar um contexto, espera que a avaliação percorra cada um dos elementos. Desenvolvem-se desta maneira três categorias de procedimentos de avaliação.

“A avaliação do desenho e conceptualização do projecto reporta-se fundamentalmente ao modelo de organização implementado, julgando-se a pertinência formal e potencial em aspectos como o modelo de planificação e gestão ou participação de auto-avaliação” (Monteiro, 2008:6).

A avaliação de impacto diz respeito aos resultados obtidos na modificação do contexto em causa podendo-se dividir em dois níveis fundamentais: avaliação da eficiência ou da rentabilidade económica, que se centra na análise dos custos benefícios; a análise da eficácia, medindo as distancias entre os objectivos afixados e os objectivos atingidos; mudanças efectivamente ocorridas, percepção dos laços entre a intervenção e os resultados produzidos, definição dos obstáculos ao sucesso. (Monteiro, 2008)

A avaliação de processo baseia-se no exame dos procedimentos e das tarefas envolvidas na implementação de um programa. Acompanha a maneira de funcionamento tanto global como em aspectos pontuais. “ São objecto de apreciação as estratégias desencadeadas e o seu modo de operacionalização” (Monteiro, 2008:6). Podemos dizer então que a avaliação de processos consiste no “acompanhamento da execução das actividades e na compreensão como elas são executadas, nomeadamente ao nível da estratégia do projecto, do método de trabalho da gestão das acções, etc.” (Silva e tal, sem ano:5)

A avaliação de processo tem como objectivo, avaliar se o projecto está sendo implementado de acordo com Planeamento, avaliar e documentar o grau de fidelidade e de variabilidade implementação do Projecto esperados ou inesperados, planeados e não planeados

- Para comparar vários itens com relação à fidelidade
- Para conferir a validade para a relação entre a intervenção e os resultados
- Para fornecer informações sobre os componentes da intervenção que são responsáveis por resultados

- Para entender a relação entre o contexto do programa (características) e processos de projecto (ou seja, os níveis de implementação).
- Para fornecer comentários aos responsáveis sobre a qualidade da execução.
- Para melhorar a qualidade do programa, como o ato de avaliar uma intervenção.

Secção IV – Definição da Metodologia de Investigação Utilizada

4 METODOLOGIA DE ESTUDO

Em termos metodológicos, o presente estudo terá uma abordagem qualitativa baseado na análise de conteúdo categorial temática com recurso a entrevistas semi-estruturadas aplicada a informantes privilegiados

A primeira etapa do estudo inicia-se com uma colheita de dados sem a preocupação de restringir a bibliografia. A pesquisa abrangeu áreas relacionadas com o tema que vão desde aspectos de gestão, economia, sociologia e análise comportamental. Pretendia-se perceber como o tema em estudo coexistia (influenciando e sendo influenciado) com variáveis socioeconómicas.

A colheita de dados é importante para permitir dar resposta às questões a que qualquer avaliação deve responder. Assim recorreu-se a dois trabalhos realizados pela autora do projecto, recolha bibliográfica, e análise de conteúdo das informações obtidas através de entrevistas. Análise documental, e observação. A análise de conteúdo trabalha tradicionalmente com materiais textuais escritos. Existem dois tipos de textos que são construídos no processo de pesquisa, como as transcrições de entrevistas e protocolos de observação. Na análise de conteúdo o ponto de partida é a mensagem, mas devem ser considerados as condições contextuais dos seus produtores e assenta na concepção, crítica e dinâmica da linguagem. Assim a “análise de conteúdo é um conjunto de procedimentos para produzir inferências válidas de um texto sobre os emissores, a própria mensagem ou audiência da mensagem “ (Oliveira, 2008:570).

A análise de conteúdo, assemelha-se muito a um processo de categorização e tabulação de respostas a questões abertas, criada inicialmente como uma técnica de pesquisa com vista a uma descrição objectiva, sistemática e quantitativa de comunicações. A análise é a interpretação dos conteúdos obtidos, das entrevistas realizadas aos actores que fizeram parte do processo na formalização da consulta de enfermagem em pneumologia no HESE EPE enquadram-se na condição dos processos a serem seguidos. Reiterando diríamos que para o efectivo “caminhar neste processo”, a contextualização deve ser considerada como um dos principais requisitos, e, mesmo o “pano de fundo no sentido de garantir a relevância dos resultados a serem divulgados e concomitantemente será também utilizada a técnica de observação, que em termos de rigor tem exigência idêntica à da entrevista, onde o

papel do investigador – actor deverá ser um papel de observador distanciado e teoricamente fundamentado, rigoroso e objectivo na sua análise.

O diagnóstico é uma etapa do processo de planeamento. A importância do diagnóstico é a recolha de informação para a caracterização dos factos no ponto de partida. Devem colocar-se questões sobre o saber e o saber fazer, pois estamos a avaliar o processo. Para a realização de um diagnóstico é necessário dispormos de diversificados instrumentos / dados, seja em que situação for. Quando há necessidade de intervir “ o diagnostico, frequentemente apelidado na literatura Anglo. Saxónica de “ Analise das necessidades” (Needs assessment), é essencialmente um processo de pesquisa acção participado” (Guerra, 2002:129). A realização de uma intervenção necessita de conhecimentos profundos sobre a realidade para o garante de bons resultados. Na elaboração do diagnóstico, é necessário o conhecimento científico dos fenómenos sociais e a capacidade de “ definir intervenções que atinjam as causas dos fenómenos e não as suas manifestações aparentes” (Guerra, 2002:129)

Ao elaborarmos um diagnóstico devemos ter em conta, as mudanças sociais que formam uma determinada problemática sobre a qual pretendemos intervir. Actualmente, não é tarefa fácil, uma vez que vivemos numa sociedade em permanente mudança como por exemplo, a revolução tecnológica, as “crises” económicas, a alteração dos valores culturais, o fim do Estado - Providência, que reflectem novos modelos das formas de viver e organizar a sociedade.

” Um bom diagnóstico é garante da adequabilidade das respostas às necessidades locais e é fundamental para garantir a eficácia de qualquer projecto de intervenção” Guerra, 2002:131)

A colheita de informação contínua direccionada de forma mais especifica para o subgrupo dos doentes com insuficiência respiratória que pertencem à especialidade de pneumologia médica. Neste estudo ainda foi seleccionada outras forma de colheita de informação tais como:

A recolha de informação é importante para responder às questões a que qualquer avaliação deve responder.

Para a recolha de informação recorreu-se a fontes de informação tais como:

Leitura, deve ser selectiva tendo em mente os objectivos de estudo, evitando a leitura de textos que não contribuam para a resolução do problema). (Gil, 2002), analítica, ordena os conteúdos contidos nas fontes e passa por: leitura

integral, identificação de ideias chave; hierarquização das ideias; sistematização das ideias (Gil, 2002)

Interpretativa, confere significado mais amplo aos resultados obtidos com a leitura analítica.

A observação, que pode ser directa e indirecta. Os sujeitos observados não interferem na produção de informação procurada, esta é recolhida directamente pelo observador, ou indirectamente se o investigador se dirige ao sujeito para obter a informação procurada.

Entrevista, técnica “ que envolve numa situação duas pessoas “ face a face em que uma fala e outra formula questões” (Gil, 2002:115).

A entrevista “distingue-se pela aplicação dos processos fundamentais da comunicação e interacção humana ” (Quivy, Campenhoudt, 2001:193). Quando interpretados correctamente, estes processos permitem ao investigador retirar das suas entrevistas informações e elementos de reflexão muito ricos.

A entrevista pode ser semi-estruturada que se caracteriza por não ser nem inteiramente aberta, nem encaminhada por um grande número de perguntas precisas. Na entrevista semi-estrutura o investigador detém uma serie de perguntas guia, com o propósito de receber informação da parte do entrevistado. A ordem das questões pode ser arbitrária, o entrevistado deve falar abertamente com as palavras que pretender e na ordem que lhe convier. O entrevistador deve reencaminhar a entrevista para os objectivos, cada vez que o entrevistado se afastar.

A pesquisa documental refere-se a documentos originais, que ainda não receberam tratamento analítico por nenhum autor. Estes documentos podem ser bastante diversificados, tais como: documentos institucionais conservados em arquivos, institucionais de uso restrito pessoal, como cartas e e-mails; leis, projectos, regulamentos, registo de cartório; catálogos, listas, convites, peças de comunicações ou até instrumentos de comunicação institucionais

A pesquisa e recolha de informação em bibliografia ajuda a contextualizar e delimitar o objecto de estudo. A compreensão do tema em estudo facilita a definição das variáveis e consequentemente a sua parametrização. Com a classificação tipológica das variáveis será elaborado um guião de entrevista. A entrevista caracteriza-se por ser

semi-estruturada e será aplicada aos colaboradores da instituição escolhida para o estudo.

A meta que se pretende alcançar com este estudo é desenvolver capacidades na avaliação do processo de planeamento do projecto “ Formalização da Consulta de Enfermagem em Pneumologia” já implementado no Hospital do Espírito Santo EPE em Évora, na consulta de Pneumologia e centros de saúde da área de influência.

Entende-se que a avaliação consiste numa análise aprofundada e rigorosa, de uma organização, situação, projecto com o intuito de chegar a um juízo fundamentado e racional acerca do seu sucesso, dos resultados, efeitos e impactos no intuito de intervir, corrigindo, reformulando, reorientando incluído criando condições para implementação de projectos idênticos no futuro. Adquirir competências que permitam realizar o planeamento assente na fundamentação das decisões de uma consulta com características semelhantes no HLA de forma a contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos utentes que sofram da doença obstrutiva crónica e asma na área de influência deste hospital. Perceber qual a avaliação do processo de planeamento feita pelas testemunhas privilegiadas entre os seguintes grupos profissionais:

- Enfermeiros
- Técnicos de electrocardiopneumologia

A metodologia de avaliação analisa de forma racional a formulação de questões e problemas relativos aos programas, políticas, projectos e investimento, recorrendo a sistemas organizados de reflexão crítica a partir de informações, recolhidas no decurso do acompanhamento dessas acções ou após a sua conclusão.

Neste estudo entendemos que a qualidade de vida é uma componente importante e que se encontra na base de qualquer projecto na área da saúde. É reconhecido pela comunidade que a qualidade de vida das suas populações fornece informações importantes sobre a capacidade dos profissionais e o desempenho das organizações de saúde para responder aos valores e expectativas dos utentes, que são domínios onde o utente é um valor superior.

Os objectivos do nosso estudo, devem permitir a avaliação do processo de planeamento de um projecto “ Formalização da Consulta de Enfermagem em Pneumologia”

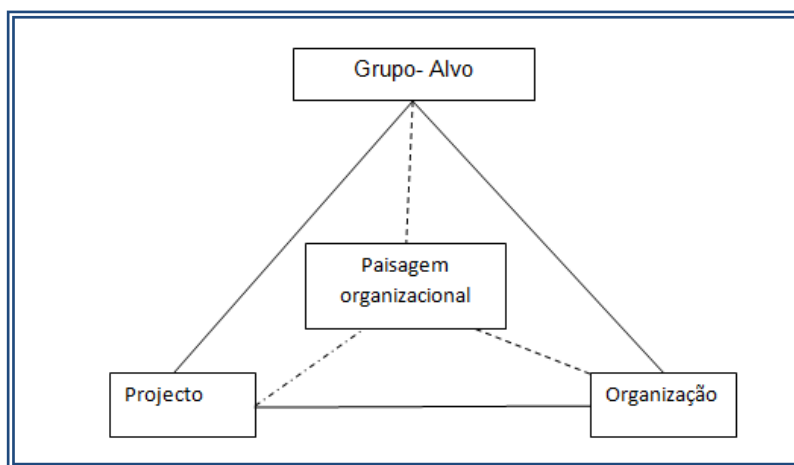
A metodologia utilizada para avaliar o resultado colhido através de entrevistas semi-estruturada foi a análise de conteúdo, que se caracteriza por ser lógica e qualitativa associada a um processo indutivo de produção de inferências com o qual não se procuram confirmar hipóteses, mas antes a lógica interior do próprio conteúdo da entrevista e interpretar as particularidades das respostas. Para a colheita de dados foram realizadas entrevista a 6 interlocutores privilegiados.

4.1 Tipo de Estudo

Este tipo de estudo é qualitativo, pois têm como objectivo compreender o fenómeno do estudo no seu ambiente natural (como vivem as pessoas, como se comportam e actuam, o que pensam e quais as suas atitudes, etc.). Numa perspectiva qualitativa não se pretende generalizar de maneira intrínseca os resultados para as populações, nem necessariamente obter amostras representativas (sob a lei da probabilidade), não se pretende que os estudos sejam replicados. Assim este estudo assenta fundamentalmente num processo indutivo (exploram e descrevem, as perspectivas teóricas), de produção de inferências a partir das interpretações das unidades temáticas e categorias.

E é geralmente utilizado para descobrir e refinar as questões da pesquisa. Baseia-se naquilo que em linguagem MAPA se designa o cristal e procura através de diferentes meios de recolha de dados, perceber o processo que integra os diferentes actores do planeamento de acordo com o Cristal MAPA, (fig. 5)

Fig.nº 6: Cristal MAPA



Fonte: Ficher *et al* , 2006: 25

Pode ocorrer que as hipóteses sejam comprovadas, contudo esse facto não é imprescindível neste tipo de estudo. Com frequência este método é baseado em colheita de dados sem medição numérica, como as medições e as descrições (Sampieri, Collado, Lucio, 2006).

Normalmente, as questões e as hipóteses surgem como parte integrante do processo de pesquisa, que é flexível e neste caso se move entre os eventos e a sua interpretação, entre as respostas e o desenvolvimento da teoria. O seu objectivo consiste em “reconstruir a realidade, tal como ela é utilizada pelos actores num, sistema social predefinido, muitas vezes chamado “holístico” porque é considerado o todo e não o estudo das partes. “ (Sampieri, Collado, Lucio, 2006). Segundo Patton (1989, 1990) Citado por Sampieri, Collado, Lucio define os dados qualitativos” como descrições detalhadas de situações, eventos, pessoas, interações, condutas observadas e suas manifestações” ((Sampieri, Collado, Lucio, 2006: 11).

4.2 Método Aplicado

De acordo com o estudo a realizar - Avaliação do processo de planeamento de projecto – “ Formalização da Consulta de Enfermagem em Pneumologia” (Anexo I), um estudo de carácter qualitativo.

A técnica de análise de dados que se vai aplicar é a análise de conteúdo (uma vez que se pretende inferir sobre a organização do sistema de pensamento ou seja da fonte); implicado no discurso que se pretende estudar. É um instrumento de pesquisa científica com múltiplas aplicações, compreendido como um conjunto de técnicas de pesquisa cujo objectivo é a busca do sentido de um documento. Bardin refere no seu prefácio, que análise de conteúdo, é “Um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais subtis, em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a “discursos” (conteúdos) extremamente diversificados. O factor comum dessas técnicas que vão do cálculo de frequências que fornece dados cifrados até a extracção de estruturas traduzíveis em modelos – é uma hermenêutica controlada, baseada na dedução: a inferência. Enquanto esforço de interpretação, a análise de conteúdo oscila entre os dois pólos do rigor da objectividade e da fecundidade da subjectividade.” (Bardin, 1977:9-10). Campo cita o mesmo autor que define a análise de conteúdo como sendo um “conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos

sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens” (Campos, 2004:612). Como podemos observar pelo quadro nº1.

Então parafraseando Krippendorff (1980) podemos definir análise de conteúdo como “uma técnica de investigação que permite fazer inferências válidas e replicáveis, dos dados para o seu contexto”. Já Bardin define inferência como processo que permite realizar a passagem da descrição para a interpretação, enquanto atribuição de sentido às características do material que foram levantadas, enumeradas e organizadas.

Assim Berelson, um dos autores pioneiros a tratar do tema, estabelece quatro exigências fundamentais para a aplicação desse método de pesquisa: ser objectivo, ser sistemático, abordar apenas o conteúdo manifesto e quantificar. Portanto, a análise de conteúdo enquanto recurso metodológico pode servir a muitas disciplinas e objectivos, uma vez que tudo o que pode ser transformado em texto é passível de ser analisado com a aplicação desta técnica ou método. (Oliveira, 2008).

QUADRO Nº 9: DOMÍNIOS POSSÍVEIS DA APLICAÇÃO DA ANÁLISE DE CONTEÚDO

Domínios Possíveis da Aplicação da Análise de Conteúdo				
Número de Pessoas Implicadas na Comunicação				
Código de Suporte	Uma Pessoa "Monólogo"	Comunicação Dual "Diálogo"	Grupo Restrito	Comunicação de Massa
Linguístico				
Escrito	Agendas, maus pensamentos, conjecturas, diários íntimos	Cartas, respostas a questionários teste projectivos, trabalhos escolares	Ordens de serviço numa empresa, todas as comunicações escritas, trocadas dentro de um grupo.	
Oral	Delírio do doente mental, sonhos	Entrevistas e conversações de qualquer espécie	Discussões, entrevistas, conversações de grupo de qualquer natureza	Exposições, discursos, rádio, televisão, cinema, publicidade, discos.
Icónico				
(Sinais, Grafismos, Imagens, filmes fotografias, etc.)	Rabiscos mais ou menos automáticos, grafismos, sonhos	Respostas aos testes projectivos, comunicação entre duas pessoas através da imagem	Toda a comunicação icónica num pequeno grupo (Por ex.: Símbolos icónicos numa sociedade secreta, numa casta	Sinais de trânsito, cinema, publicidade, pintura, cartazes, televisão
Outros Códigos Semióticos				
(I, é, tudo o que, não sendo linguístico, pode ser portador de significações; ex.: musica, código olfactivo, objectos diversos, comportamentos, espaço de tempo, sinais patológicos., etc.)	Manifestações histéricas da doença mental, posturas, gestos, tiques, dançam, colecções de objectos.	Comunicação não verbal com destino a outrem (postura, gestos, distancia espacial, sinais olfactivos, manifestações emocionais, objectos quotidianos, vestuário, alojamento...		Meio físico e simbólico: sinalização urbana, monumentos, arte..., mitos, estereótipos, instituições, elementos de cultura

Fonte: Fornecido por colega

Pode-se dizer que análise de conteúdo permite inferências sobre a fonte, a situação em que esta se produziu o material de análise e até o receptor dos conteúdos, ou seja

a finalidade da análise de conteúdo é efectuar inferências com base numa lógica explicada, sobre os conteúdos cujas características foram inventariadas e sistematizadas.

Esta articula a superfície dos textos descrita e analisada com os factores que determinam as suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto processo de produção. É preciso reafirmar o carácter social da análise de conteúdo: é uma técnica para produzir inferências de um texto focal para o seu contexto social de maneira objectiva. e é, em última análise, uma categoria de procedimentos explícitos de análise textual para fins de pesquisa social). Então o que se pretende com esta técnica é “descodificar” um discurso e produzir um novo discurso através de um processo de localização ou atribuição de traços de significação, que resulta numa relação dinâmica entre as condições de produção dos conteúdos a analisar e as condições da sua produção. O sucesso da aplicação desta técnica, análise de conteúdo pressupõe algumas operações (fig. nº7)

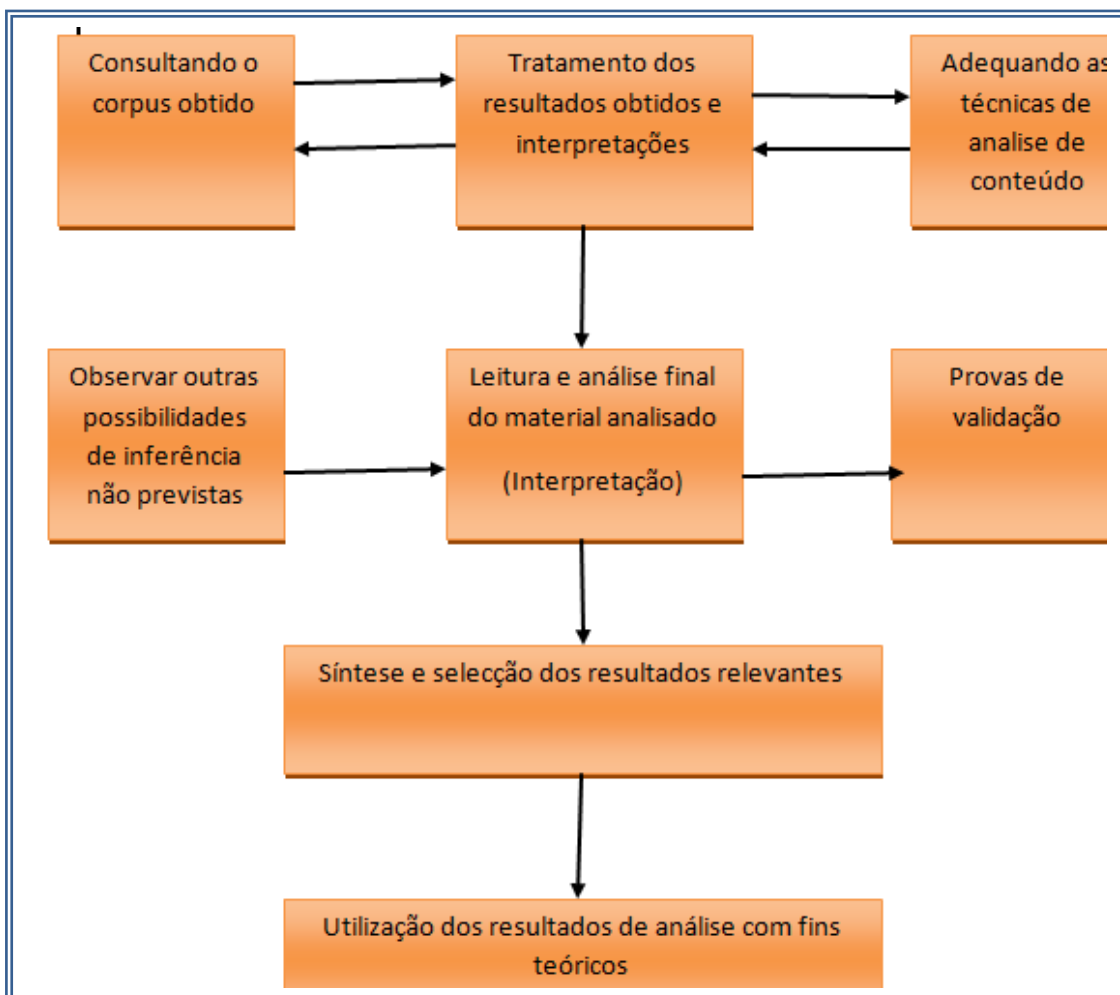
Definição dos objectivos e quadro de referencia teórico, o que obriga à selecção de um certo numero de conceitos analíticos que reportam a modelos teóricos;

Constituição do corpus; esta é a parte do material a analisar e que deverá estar sujeito a critérios de diversidade, heterogeneidade, representatividade e aleatoriedade;

Definição de categorias, esta é uma das etapas mais importantes da análise de conteúdo e pretende-se com ela estabilizar, identificar, ordenar e atribuir sentido aos conteúdos. As categorias passam então a funcionar como elementos chave do código de análise Hagenraad (1984) define “...categoria... termo chave que indica a significação central do conceito que se quer apreender...” (Vala, 1986: 110)

Definição de unidades de análise, podem ser de três tipos; unidade de registo (formal palavra, frase; semântica – tema) de contexto (depende da unidade de registo e quanto maior forem mais difícil de validar a análise interna), unidade de enumeração (é através desta que se procede a quantificação). Para Kaiser (1963) este tipo de unidade essencialmente a geométrica é a menos susceptível de criar distorções. (Vala, 1986:115)

Fig nº 7: ANÁLISE DE CONTEÚDO – PROCESSO DE RECOLHA DE DADOS



Fonte: Barbin, 1977

Citado por Oliveira, Bardin, Polit, Minayo definem diferentes tipos de técnicas que podem ser adoptadas para o desenvolvimento da análise de conteúdo. São elas: análise temática ou categorial, análise de avaliação ou representacional, análise da enunciação, análise da expressão, análise das relações ou associações, análise do discurso, análise léxica ou sintáctica, análise transversal ou longitudinal, análise do geral para o particular, análise do particular para o geral, análise segundo o tipo de relação mantida com o objecto estudado, análise dimensional, análise de dupla categorização em quadro de dupla entrada, dentre outras. Cada técnica citada permite a exploração do material analisado a partir da observação de diferentes elementos presentes no texto, bem como conduzem a resultados distintos em termos de compreensão da mensagem (Oliveira, 2008).

4.3 Técnica de Recolha de Dados

Para o presente estudo e de acordo com os objectivos delineados, recorreu-se às seguintes técnicas de recolha de dados: pesquisa bibliográfica, análise documental, observação directa e entrevista semi-estruturada.

A pesquisa bibliográfica consiste na leitura dos principais trabalhos científicos já realizados sobre o tema escolhido com importância relevante e actuais, como publicações em revista da especialidade, livros jornais, revista, internet, etc. (Sampieri, Collado, Lucio, 2006). Este género pode designar-se de literatura flutuante e consiste em estabelecer contacto com os documentos a analisar, conhecer o texto e deixar-se invadir por impressões e orientações.

No que concerne à observação directa, este método baseia-se na observação visual.” Os métodos de observação directa constituem os únicos métodos de investigação social aptos a captar comportamentos no momento em que eles se produzem e na sua própria manifestação, sem intervenção de qualquer instrumento de medição. Para a sistematização dos dados ir-se-á utilizar a seguinte grelha de avaliação a aplicar durante 2 dias, utilizando uma grelha de observação no HESE EPE no serviço de CE de pneumologia.

Na recolha documental em ciências sociais a revisão de documentos realiza-se por duas razões completamente diferentes. A primeira é a pretensão de estudar esses mesmos documentos e a segunda é encontrar nesses documentos informações úteis para estudar outro projecto. (Quivy;Campenhoudt, 2001). Os documentos a investigar podem ser, manuscritos, impressos ou áudio visuais, oficiais ou privados, pessoais ou procedentes de um organismo público. As variantes mais utilizadas na investigação social são por um lado a recolha de dados estatísticos e por outro a recolha de documentos de forma textual, estas informações, provenientes de instituições, podem assumir a forma de actas, publicações, etc., provenientes de organismos públicos e privados como leis, estatutos e regulamentos (Quivy;Campenhoudt, 2001). Para a sistematização destes dados optou-se pela utilização de fichas de leitura ordenadas por temas e subtemas abordados neste estudo, com a definição conceptual de palavras-chave seleccionadas previamente, relacionadas com a temática do estudo

A entrevista é entendida “ como uma técnica que envolve duas pessoas numa situação face a face em que uma delas formula questões e a outra responde”. (Gil, 2002:115). É um processo de troca, durante a qual o interlocutor exprime as suas percepções de um acontecimento ou de uma situação, as suas interpretações ou as suas experiências. “Existem entrevistas estruturadas, semi-estruturadas e abertas. A entrevista semi-estruturada é normalmente a mais utilizada em investigação social, é uma entrevista que não é aberta, nem é encaminhada por um grande número de perguntas precisas. (Quivy, Campenhoudt, 2001:194). Na generalidade o investigador dispõe de algumas perguntas guias, relativamente abertas, a propósito das quais o mais importante é colher informação do entrevistado. As questões não serão colocadas ordenadamente de acordo com a sua estrutura. Tanto quanto possível o investigador respeitará o entrevistado para que este possa falar abertamente, o investigador apenas orienta o entrevistado para os objectivos sempre que o entrevistado se afastar. (Quivy, Campenhoudt, 2001). O tipo de entrevista a ser utilizado neste estudo é a entrevista semi-estruturada (informal) falada que tem as seguintes características:

A conversação focada em determinados assuntos, baseando-se, como já foi referida, num guião de entrevista adaptável e não rígido ou pré-determinado (anexo nº II)). Normalmente, inicia-se com tópicos gerais, seguidos de perguntas utilizando "O quê?", "Porquê?", "Quando?", "Como?" e "Quem", devendo deixar-se que a conversação decorra de modo fluido.

Apesar de o entrevistador ter as perguntas previamente preparadas, a maioria das mesmas geram-se à medida que a entrevista decorre, permitindo ao entrevistador e ao entrevistado a flexibilidade para aprofundar ou confirmar, se necessário. É uma entrevista que pode ser planeada ou acontecer espontaneamente, podendo permitir a recolha de muitos e importantes dados geradores de informação quantitativa e qualitativa.

Um guião para a entrevista semi-estruturada é muito menos específico que a noção associada ao planeamento duma entrevista estruturada.

Este tipo de entrevista tem como vantagens:

- A possibilidade de acesso a uma grande riqueza informativa (contextualizada e através das palavras dos actores e das suas perspectivas);

- A possibilidade de esclarecer alguns aspectos durante a entrevista, introduzindo novas questões, o que a entrevista estruturada não permite;
- É geradora, na fase inicial de qualquer estudo, de pontos de vista, orientações e hipóteses para o aprofundamento da investigação, a definição de novas estratégias e a selecção de outros instrumentos.
- Optimização do tempo disponível
- Tratamento mais sistemático dos dados
- Mais aconselhadas em entrevistas de grupos
- Flexibilidade e adaptação imediatas

Principais desvantagens (dificuldades)

- Entre as maiores dificuldades encontramos sem dúvida, a preparação do entrevistador. Neste tipo de entrevista o entrevistador deve estar muito bem preparado e identificado com a temática e todos os seus envolvimento, de modo a ter a capacidade de reagir intervindo, melhorando, aperfeiçoando, explorando outras vias de obter informação, recorrendo à alteração, acrescentando ou reduzindo questões.

O número de entrevistados é de 6 e o critério de selecção, dado que é uma equipa reduzida, são todos os elementos e o enfermeiro director enquanto elemento facilitador da implementação de projecto. A reunião de toda a informação recolhida através dos diversos instrumentos constitui o corpus do trabalho.

4.4 Técnica de Análise de Dados

De acordo com os objectivos do estudo utilizou-se a entrevista para avaliar o processo que foi seguido para a FCEP. A avaliação de processos utiliza dados empíricos para avaliar a prestação de projectos, que são actividades integradas que num período estipulado e utilizando determinados recursos visam atingir objectivos claramente definidos, que contribuem para a consecução de um objectivo geral de âmbito mais vasto. Em contraste a avaliação dos resultados, avalia o impacto do programa, a avaliação do processo verifica a ocorrência do projecto e se o mesmo esta sendo implementado de acordo com o planeado adequando as expectativas da população alvo, organização integrada e articulada numa paisagem organizacional com quem

tem de partilhar orientações e cumprir directrizes. Assim, a avaliação de processos caracteriza-se pela pergunta “ como, o que fiz, delinee para” e quanto à avaliação dos resultados é o output que pode ser caracterizado pela pergunta “ o que obtive” (Emshoff, 2002).

O planeamento é um processo contínuo que consta de um plano que se inicia com o diagnóstico a partir dum procedimento exploratório de recolha e análise de documentos, fontes depoimentos, etc. com vista a criar fundamentos para a intervenção, com base na análise das necessidades do grupo alvo. Enumerar quais são os actuais pontos fortes e as suas hipóteses de sustentabilidade, bem como os pontos fracos e os riscos da sua prevalência. No seguimento identificam-se as principais oportunidades num horizonte marcado e paralelamente destacam-se as ameaças. A elaboração correcta e rigorosa do diagnóstico permite uma boa definição de prioridades que deverão ter em consideração variáveis como o tempo, a área geográfica, os recursos disponíveis.

Depois de se elencarem as prioridades, há que reflectir sobre a viabilidade dos objectivos que se irão definir, pois deverão ser exequíveis, verificáveis e avaliáveis, com a definição dos objectivos; confinam-se e estabelecem-se os contornos do estudo e as possibilidades de intervenção que são fundamentais na estruturação das estratégias que se concretizam em programas e projectos de intervenção de acordo com um cronograma de execução de acções.

A continuidade do plano concretiza-se quando se monitorizam os programas e projectos operacionalizados e a sua avaliação se revê no diagnóstico e se analisam as prioridades e reajustam as estratégias de forma permanente.

Concretamente a avaliação do projecto Formalização da Consulta de Enfermagem em Pneumologia (ver Anexo I) Hospital do Espírito Santo EPE tem como objectivos a colheita de informações sobre o modo, como foi implementado, o que foi feito e a opinião dos prestadores de cuidados envolvidos no processo. Para a colheita de dados recorrer-se-á a diversos instrumentos de apoio:

1-Pesquisa bibliográfica para desenvolvimento aperfeiçoamento de conceitos sobre a temática em estudo, que auxiliem a definição da estratégia implementar ;

2 -Análise documental, baseou-se essencialmente na recolha de dados estatísticos com a finalidade de perceber os factores externos que possam influenciar os resultados do estudo

- 3- **Entrevista semi-estruturada**, constitui o corpo da análise de conteúdo
- 4- **Observação directa**, teve a finalidade de confirma ou infirmar algumas informações produzidas nas entrevistas

Secção V - Sistematização Tratamento dos Dados Obtidos

5 AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE PLANEAMENTO DO PROJECTO “FORMALIZAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE PNEUMOLOGIA”

5.1 Breve Resumo do Projecto

De acordo com o planeamento do Ensino Clínico I, do 8º CCFE, surge a realização de um projecto de intervenção na prática de cuidados de enfermagem. No serviço das CE do HESE, na valência de Pneumologia (Anexo I)

A Consulta de Pneumologia funciona com três Pneumologistas (dois para consultas de Insuficientes Respiratórios e um para consultas de Síndrome de Apneia do Sono) e uma enfermeira que se desloca sempre que há a consulta de Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono ao Núcleo de Exames Especiais.

A pertinência da consulta de enfermagem passa pela necessidade de ensinamentos centrados nas reais necessidades do doente e da necessidade de validar a eficácia dos ensinamentos.

Dela resultam, tanto para a organização como para os utentes, redução de idas ao SU, do número de internamentos e de despesas em saúde. O que contribui para a melhoria dos cuidados.

A consulta era apenas realizada pelo médico, assim como os respectivos ensinamentos aos doentes, antes e depois das consultas e atribuída a responsabilização pela valência. Com o apoio da parte médica envolvida, e da então enfermeira chefe das CE, foi adquirido material e equipamento necessário para o desenvolvimento dos cuidados necessários aos doentes deste foro.

Este trabalho tinha como objectivos

1. Formalizar a consulta de enfermagem.
2. Assegurar a continuidade da consulta de enfermagem.
3. Divulgar informação sobre forma e conteúdo da consulta de enfermagem neste domínio.
4. Envolver os responsáveis da Direcção de Enfermagem

O Ensino Clínico II designado “Formalização da Consulta de Enfermagem em Pneumologia”. Teve por objectivo dar a conhecer e desenvolver as actividades planeadas.

Teve início a 6 de Outubro de 2005 e terminou a 10 Fevereiro de 2006.No Serviço de Consultas Externas do Hospital Espírito Santo de Évora.

5.2 Avaliação do Processo

A avaliação de processo baseia-se no exame dos procedimentos e das tarefas envolvidas na implementação de um programa. Acompanha a maneira de funcionamento tanto global como em aspectos pontuais. “ São objecto de apreciação as estratégias desencadeadas e o seu modo de operacionalização” (Monteiro, 2008:6). Podemos dizer então que a avaliação de processos consiste no “acompanhamento da execução das actividades e na compreensão como elas são executadas, nomeadamente ao nível da estratégia do projecto, do método de trabalho da gestão das acções, etc.” (silva e tal, sem ano: 5)

Recorreu-se à entrevista semi-estruturada, à observação e á pesquisa documental no serviço de Consulta Externa do HESE EPE, do qual obtive autorização (Anexo II), para a execução da análise de conteúdo das entrevistas

As entrevistas são o instrumento por excelência utilizado para a realização da análise de conteúdo foi a entrevista semi estruturada e que foi construída a partir de 6 dimensões que no seu conjunto constituíam a forma mais estruturadora de caracterizar globalmente o processo de elaboração do diagnóstico, levantamento de problemas e tomada de decisão que leva a formalização da consulta de enfermagem nas consultas externas do HES- EPE. (Ver Anexo III-Guião de entrevista)

As dimensões consideradas foram:

Dimensão 1- onde avalia todo o processo de recolha de informação e fontes utilizadas;

Dimensão 2- Avalia processualmente a construção de uma matriz de enquadramento lógico com problemas identificados;

Dimensão 3 – Avalia o processo de análise das necessidades com as necessidades identificadas da FCE;

Dimensão 4 – Avalia o processo que determina a continuidade da CE;

Dimensão 5 - Avalia o processo de divulgação com apresentação do Fluxograma da CE;

Dimensão 6 - Avalia o processo de envolvimento institucional.

As respostas foram agrupadas segundo a homogeneidade dos conceitos e foi estabelecido um código de entrada (Anexou Grelha da análise de conteúdo)

Definição da Grelha de Observação

O corpo da análise de conteúdo é exclusivamente constituído por dados recolhidos da observação. Servem para perceber pormenores que não se avaliam numa entrevista, e dizem respeito a:

- Espaço físico em termos de área, qualidade de ventilação, existência de luz natural, a estrutura das instalações e a definição clara e rigorosa dos circuitos;
- A utilização da informação, que tipo de recursos e que é feito dela;
- Procedimentos de na admissão de acordo com a sua qualidade, se é a primeira consulta ou a subsequente;
- Relacionamento com os utentes é personalizado, formal, tem uma abordagem holística;
- A estruturação dos ensinos, em termos do nº de utentes por ensino, nível de profundidade teórica, duração dos ensinos, periodicidade, actualização dos conteúdos.
- Qualidade da consulta em termos de aceitação e motivação.

Não existe um tratamento deste dados uma vez que se trata de uma única observação do autor do trabalho, que utiliza estes dados a par dos obtidos pela recolha documental para melhor perceber e caracterizar o processo de FCE que é o objectivo deste trabalho. (Ver AnexoV- Grelha de Observação)

Análise de conteúdo

Na análise de conteúdo deste estudo foram analisados os aspectos positivos, afirmativos e os aspectos sugestivos de dúvidas do discurso de cada um dos entrevistados, relativamente a cada uma das questões relevando a frase, palavra ou conceito utilizado nos instrumentos que a metodologia explicita que irão ser usados

Nesta análise de conteúdo foi realizada com a contagem dos termos que os entrevistados verbalizaram em cada uma das respostas. (anexo VI quadro analítico)

Para avaliação do processo “Formalização da Consulta de Enfermagem em Pneumologia”, o que se pretendia era perceber se o projecto, tinha seguido um modelo processual que garantisse a sua sustentabilidade. Para tal transformaram-se os objectivos delineados em dimensões e atribuíram-se-lhe instrumentos de avaliação. No final avaliou-se em termos de conteúdo os resultados das entrevistas no sentido de perceber a sua adequabilidade, a eficácia, eficiência e pertinência do plano projectado no trabalho que se está a avaliar e assim verificamos que ao transformar os objectivos em dimensões subdividindo as dimensões em 2 grupos que dizem respeito aos instrumentos de diagnóstico (dimensão 1 e dimensão 3) e ao planeamento as restantes (dimensão 2, dimensão 4, dimensão 5, dimensão 6) recorrendo a fontes de informação apresentadas no quadro nº 10

**QUADRO Nº 10 : FONTES DE INFORMAÇÃO UTILIZADAS NO PROJECTO FCEP
DE ACORDO COM AS RESPOSTAS DAS ENTREVISTAS**

Fonte	Forma	Método	Responsável	Observações
-Biblioteca -Internet	1- Livros sobre metodologia de investigação	- Aquisição de livros -Empréstimo de livros	- Própria -Colegas	
- Médicos da Especialidade - Colegas -Internet -OPSS -OPDR -EOHSP -ELF -NAEPP -INE -WHO	2- Livros sobre doenças crónicas 3-Relatorios do observatório europeu e nacional de saúde 4- Estatísticas 5- Trabalhos de Investigação	-fotocopias -consulta no site -impressão -fotocopias	-Própria - Própria - Própria -Colegas	Os médicos do serviço disponibilizaram-se para facilitar e indicar bibliografia sobre o tema
-DL lei nº 161/96 -Internet	6- Legislação	- Impressão	-Responsável da biblioteca	Projecto
-Trabalhos de investigação de colegas	7- Pedidos de estágio 8- Pedidos de autorização	- Ofícios -Folhetos -Panfletos -Ofícios	-Enf. ^a Beatriz	Projecto
-Laboratórios -Outros Hospitais	9-Brochuras informais 10-Relatorio de Estagio	-Fotocopias -Workshop com a colega	- Delegados de informação Médica - Enf. ^a Beatriz	Projecto
-Entrevistas	11- Resultado das entrevistas	-Aplicação do guião da entrevista	-Própria com a colaboração de colegas	
- Serviço de Consulta de Pneumologia HESE EPE	12- Observação	- Aplicação do guião de observação	-Própria com a colaboração de colegas	As colegas da consulta de Pneumologia do HESE EPE disponibilizaram-se, na recolha de toda e qualquer informação que se revelasse necessária.

Fonte: Própria

5.2.1 Na Elaboração do Diagnóstico

Para elaborar um diagnóstico temos que considerar que este é um processo de análise que se debruça sob as situações/ problemas a que o projecto se dirige. Integra-se num processo metodológico de produção orientada para a acção. Analisar este processo quanto ao diagnóstico, é caracterizar uma situação, procedendo ao levantamento das necessidades, á identificação de recursos e a determinação dos pontos fortes e fracos, oportunidades e ameaças desta unidade de análise que é o projecto de Formalização da Consulta de Enfermagem em Pneumologia implementado no Serviço de Consultas Externas do HES EPE elaborado pela Sr.^a Enfermeira Beatriz Seruga.

Das entrevistas aplicadas a 6 actores privilegiados em ambiente de trabalho, resulta um estudo qualitativo, utilizando como método de tratamento a análise de dados, a análise de conteúdo categorial temática. No que diz respeito á elaboração do diagnóstico, segundo os dados obtidos pode caracterizar-se por ter utilizado a metodologia correcta e ter sido bem elaborado. Relativamente aos recursos necessários ás varias fases dos projectos identificados foram utilizados praticamente todos os tipos potenciais de **fontes** para a recolha de dados, embora algumas dessas fontes se revelassem desactualizadas e por vezes não foram de fácil acesso, sendo considerados, as recolha de informação relativamente as fontes como **Suficientes**. (ver quadro n.º 11) Foram variadas, mas não garantiu o rigor em termos de ser o mais actualizada possível o que também acaba por ter mais relevância na permanência, que na elaboração do diagnóstico em termos de sustentabilidade, porque os dados estatísticos são importantes em termos de permanência “ impor” a consulta. Enquanto a actualização dos dados na sustentabilidade desde que exista um bom corpus teórico é ultrapassável.

Passamos a citar alguns excertos dos entrevistados:

- “...após ler alguns artigos de referência e em conversa com os delegados de informação médica na área da Pneumologia, falei com a Enfermeira B uma vez que ela trabalha na área da Pneumologia” (Entrevistado n.º 2), o mesmo entrevistado refere que “Algumas fontes estavam desactualizadas, os dados eram antigos o que nos dava um diagnóstico errado “ e ainda que “Encontrámos muitas barreiras no acesso às fontes, fontes essas que nos pareciam mais pertinentes “ (Entrevistado n.º 1)

Foram utilizados todos os métodos de recolha de informação, e podemos avaliar esta etapa como **Bom** (ver quadro nº11) já que houve diversidade na **forma de recolha de informação** o que contribuiu para um bom enquadramento do projecto e diagnóstico, o que permite concluir que esta etapa em termos de mais, foi totalmente comprida, havendo um pequeno senão que é o tempo/ oportunidade para pesquisar, mas não coloca este conteúdo em causa, já que não existe impossibilidade material. No entanto são apontados como fragilidades a disponibilidade de tempo para pesquisar. Como exemplo ilustrativo passamos a citar:

- *“Após muitos anos a trabalhar em Pneumologia li bastante sobre o tema nos mais variados relatórios principalmente do Observatório para a Saúde (OPPS) e WHO e dos trabalhos estatísticos realizados e consultados, pensei propor o projecto “ o mesmo entrevistado refere que “ Por vezes tive dificuldade em encontrar tempo para recolha de informação ou ler os relatórios” (Entrevistado nº 1)*

Metodologicamente foram utilizados os recursos documentais *possíveis, e podemos considerar como **Bom** (ver quadro nº11). Utilizou-se muito o trabalho de análise em equipa, (brainstorm)* apesar de haver por vezes dificuldades em arranjar espaço de reuniões e alguns elementos pensarem que o recurso a este método poderia ser mais explorado, a reunião o brainstorm, que foi também o eleito neste projecto, coadjuvado por outros instrumentos para esclarecer melhor ou clarificar algumas questões. Quanto à opinião de que poderia ser mais explorado, neste caso, não se revelou muito, pois por vezes as pessoas estão a praticar esta metodologia, mas como não há uma indicação formal, de reunião, esse acto não se valoriza, mas de que se implementou a CE e se trocam ideias que dizem que esta a acontecer permanente validações, troca de ideias, ajustes, só que não se identificam formalmente, mas fazem antes parte da comunicação informal, mas com tanto valor como a outra porque pode ser permanente, daí a avaliação de **Bom**

Passamos e citar algumas das respostas dos entrevistados:

- *“A metodologia utilizada para o meu trabalho foi baseada na consulta de sítios da Net, na consulta de livros da especialidade, em cópias de documentos e de várias reuniões com todos os elementos da equipa”. (Entrevistado nº1), outro refere que “ As reuniões foram muito proveitosas” (Entrevistado nº4) contudo outro*

entrevistado refere que, *“Tive várias dificuldades em reunir com os colegas pois existia muito trabalho”* (Entrevistado nº 1)

Relativamente ao **responsável** e reportando ao modelo verifica-se que foram explorados todas as alternativas apontadas no modelo teórico apresentado como referência, como tal podemos considerar a avaliação de **Bom**. (ver quadro nº11) a escolha dos responsáveis para a recolha de informação. A implementação de um projecto é um processo dinâmico e que devera ser contínuo e que muitas vezes resulta mais se for um processo gradual, se a estratégia for a de crescer e alargar o circuito sustentadamente, É referido, além do modelo que se deveriam ter integrado os responsáveis do centro de saúde, o que revela uma percepção grande da integração do projecto num âmbito mais amplo. Passamos a citar algumas das respostas dos entrevistados:

“Penso que sim”(Entrevistados nº4 e nº5)e ainda *“Todas as pessoas da equipa participaram geralmente de maneira positiva”*(Entrevistado nº 1)

Quanto aos pontos fracos os entrevistados dizem

- *“Podíamos ter envolvido mais os colegas do Centro de Saúde pois fornecem-nos muitos utentes”* (Entrevistado nº1) e ainda outra resposta *“ Esquecemos os Centros de Saúde ”* (Entrevistados nº4 e nº5)

O **problema central** identificado é apontado como o mais importante e urgente adequado, podendo assim considerar-se como **Bom** (ver quadro nº11) uma vez que 5 respostas justificam a coerência da identificação do problema central através dos efeitos como passamos a citar uma resposta dos entrevistados:

- *“A procura foi crescendo e foi este factor o que levou a investir nesta consulta para promover a qualidade de vida dos utentes”*. (Entrevistado nº3)

Embora 1 resposta identifique uma raiz que esta na base da génese do problema e 2 respostas consideram que o problema que não houve uma análise estatística comparativa que permita justificar claramente a formulação daquele problema como central. Estas opiniões sendo importantes acabam por não desvalorizar a identificação do problema uma vez que os entrevistados concordam que aquele é o problema mais urgente e importante se bem que gostassem que o processo de diagnóstico fosse mais rigoroso, aprofundado e mensurável.

No que diz respeito as **causas do problema**, de uma forma geral os entrevistados identificam causas do problema, sendo por isso considerado como **Bom**, (ver quadro nº11). 2 respostas identificam a precariedade da consulta de enfermagem como uma das causas que irão origem á identificação do problema. Assim 1 resposta identifica a outra causa em termos do aumento do número de consultas e doentes. 2 respostas identificam ainda a estrutura física e mais 1 resposta que refere a continuidades relativamente á consulta médica como uma das causas que poderia facilitar a formulação do problema. Temos 4 respostas que confunde causas dos problemas com efeitos diagnósticos, quando referem o número de crises, de internamento e de idas ao serviço de urgência. Assim passamos a citar uma resposta dos entrevistados:

- *“É necessários ensinios, formação, sempre actualizados porque surgem novos inaladores e também novos medicamentos. Hoje em dia os utentes crónicos podem ter uma saúde equilibrada devido ao arsenal de medicamentos, graças à investigação e ao desenvolvimento tecnológico, o que por sua vez reduz a taxa de mortalidade, a taxa de morbilidade, diminui as despesas em saúde e favorece o bem-estar pessoal, social e familiar”* (Entrevistado nº2)

Relativamente aos **efeitos dos problemas**, duma forma geral os entrevistados identificam todos os ramos ou efeitos relativamente ao problema formulado. Consideramos como **Bom** a avaliação dos problemas (ver quadro nº11). Embora os pontos fracos recaiam também numa necessidade de reforço dessa formação e adequação as competências dos utentes para apreender e perceber os conteúdos relativamente á técnica inalatória e aos ganhos que se obtêm praticando uma terapêutica eficaz. Como se verifica os efeitos do problema são duma forma geral identificados, os entrevistados acabam por apontar problemas/ limitações dentro dos efeitos. Como exemplo passamos a citar a resposta de alguns entrevistados:

- *“A divulgação devia ter sido feita de uma forma mais continuada pois a população é dispersa e os recursos são escassos, as pessoas dos meios rurais têm poucos recursos, se não forem estimulados ficam parados sem motivação para continuar.”* (Entrevistado nº3)

Isto significa que na sua maioria a formulação do problema identificou adequadamente as causas e efeitos da necessidade de formalizar a consulta de Enfermagem, pois não existem grandes desvios do processo instituído na implementação da consulta relativamente ao que foi previsto no modelo teórico

baseado na pesquisa documental, o que significa que existe coerência interna na identificação e formulação do problema.

Ao elaborar o diagnóstico não podemos esquecer a análise das necessidades, relativamente ao circuito para **o acesso á consulta** verifica-se tal como referencia o modelo teórico, que houve a preocupação de estabelecer parâmetros para formalizar a consulta de enfermagem assim como a definição de circuitos em termos processuais demonstra que houve a preocupação de definir formalmente o acesso á consulta com resultados significativos, o que podemos considerar como **Bom** (Ver quadro nº11). O fluxograma da CE está estruturado com os circuitos administrativos e principalmente com o circuito de enfermagem muito bem definido de acordo com o tipo de consulta, a intervenção e as necessidades dos utentes. A explicação do fluxograma e de todas as tarefas do enfermeiro relativas a cada nível do circuito estão expostas e definidas de forma suficientemente desenvolvida. Os aspectos menos positivos serão atenuados, quanto melhor funcione o circuito. Quatro respostas consideram que a estrutura física é adequada, pois segundo uma delas afirma, não seriam fáceis de criar alternativas diferentes, mas ainda assim se conseguiu evitar o atropelamento de utentes a diminuição de tempo de espera, o que obvia o facto referido. Como exemplo ilustrativo passamos a citar a resposta de um dos entrevistados:

- *“Tentámos criar o melhor circuito para os utentes evitando grande aglomerado de utentes nos corredores e também que os utentes perdessem menos tempo”* (Entrevistado nº6)

Menos positivo é o facto de que utentes mais imunodeprimidos estão misturados com outros utentes na sala de espera o que pode levar a que estes utentes contraíam outras patologias, como refere um dos entrevistados:

- *“ Podíamos ter um acesso único para estes utentes enquanto esperavam pela chamada da enfermeira, estão na sala de espera comum. Estes utentes estão mais sujeitos a infecções respiratórias que os outros pois fazem terapêutica imunodepressora”* (Entrevistado nº1)

Relativamente à **diferenciação da intervenção de enfermagem** de acordo com o tipo de consulta se constitui um factor de melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos utentes, o modelo processual indica que a sua sustentabilidade implica como pontos fortes a diferenciação da intervenção e o que foi apurado na entrevista é que 4 pessoas confirmam que os equipamentos são adequados, sendo por isso

considerados com **Bom** (ver quadro nº11) e mais 2 consideram que a acessibilidade é boa pois o hospital está bem localizado, como descrevem os entrevistados:

- *“Temos uma sala bem equipada embora pequena. Os ensinamentos personalizados ao utente e à família permite um acompanhamento do utente, um controle da doença e do número de crises. Com este tipo de consulta de enfermagem pioneira no Alto Alentejo, conseguimos a captação dos utentes de todos os Concelhos, também devido ao número de médicos que temos e há ainda a referir que a localização do Hospital é excelente”. (Entrevistado nº1)*

Os recursos humanos desde os médicos a enfermeiras revelam-se tecnicamente bons e promovem a inclusão da família e a personalização do atendimento, o que contribui para a diminuição de crises e maior captação de utentes. Os pontos fracos prendem-se essencialmente com as características dos utentes, idade, recursos económicos e familiares e a capacidade de apreender novos conhecimentos. Como descrito nas entrevistas:

- *“Embora após todos os esforços feitos ainda temos algumas lacunas. Por vezes não temos enfermeiro com formação própria (férias). Os utentes de longe da cidade e com menor grau cultural e sem família têm muita dificuldade na aprendizagem. São pessoas de fracos recursos.” (Entrevistado nº1)*

Não podemos esquecer os **critérios para a definição de prioridades**. Avaliação das respostas das entrevistas é considerada com **Bom** (ver quadro nº11), pois os entrevistados têm consciência de que a formalização de CE é de alta importância e urgência e que o apoio da gestão contribui de forma significativa para o sucesso do projecto, desde que responda atempadamente. Como referem os entrevistados:

- *“O mais importante e urgente é a formalização da consulta de enfermagem, logo seguida da elaboração de protocolos e da integração da família no processo terapêutico” (Entrevistado nº4)*

No entanto para garantir a sustentabilidade é necessário trabalhar a permanência em termos de escassez de recursos humanos e a dificuldade em manter os conhecimentos sempre actualizados. Como exemplo ilustrativo passamos e descrever as respostas de alguns entrevistados:

- *“São muito coerentes mas difíceis de implementar, os recursos são poucos, humanos, económicos. O tempo para a dispensa para actualização de conhecimentos ou visitar outras instituições também é limitado”. (Entrevistado nº1)*

QUADRO Nº11: AVALIAÇÃO DO PROCESSO EM TERMOS DE INSTRUMENTOS DE DIAGNÓSTICO

Avaliação	Insuficiente	Suficiente	Bom
Dimensões			
Dimensão 1			
-Instrumentos de Diagnóstico:			
• Fontes		❖	
• Forma			❖
• Método			❖
• Responsável			❖
-Problema Identificado é o mais Premente:			
• Existe relação entre as causas identificadas e o problema central.			❖
• Existe relação entre as causas identificam e o problema central			❖
• Os ramos do problema principal estão logicamente relacionados com o problema identificado			❖
Dimensão 3			
- Análise das necessidades			
- (Formalização da CE em Pneumologia)			
O Circuito definido			
• O circuito definido para o acesso á consulta é o mais adequado			❖
• A diferenciação da intervenção de Enfermagem esta de acordo o tipo de consulta constitui um factor da melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos utentes			❖
- Critérios de definição de prioridades			
- A Ordenação das prioridades :			
• Importância alta e urgência alta			❖
• Importância baixa e urgência alta			
• Importância alta e urgência baixa são coerentes			

5.2.2 Planeamento de Intervenção

Entende-se por planeamento um processo de programação de uma intervenção que conjuga objectivos, resultados desejáveis e actividades que se programam no sentido

de alcançar um objectivo geral tendo em conta a optimização e racionalização de recursos humanos, materiais e financeiros.

As estratégias definidas para assegurar o cumprimento dos objectivos, cumpriram praticamente todos os pressupostos pois houve uma formalização da CE exhaustiva em termos de identificação do doentes e actualização da intervenção em enfermagem, mas também houve uma definição de um espaço específico para esta consulta. Os entrevistados referem também a divulgação, a importância e resultados alcançados com a formação/ educação sobre técnicas terapêuticas, das quais a inalatória tem um papel importante. Assim pensamos que em termos de avaliação quanto ao cumprimento deste pressupostos o resultado é de **Bom**. (ver quadro nº12)

Para ilustrar esta análise passamos a citar um dos entrevistados:

- *“Sim. Pois sem a formalização da consulta de enfermagem era difícil o cumprimento dos objectivos. Assim a divulgação da consulta permite à população ter conhecimento da sua existência e aderirem aos ensinamentos e consequentemente à consulta. O facto de nos terem cedido um espaço físico, os utentes têm uma referência física”* (Entrevistado nº1) e ainda *“A intervenção da enfermagem é muito importante no que respeita à formação e educação para executar a terapêutica inalatória”* (Entrevistado nº3)

Relativamente aos pontos fracos do processo, foram maioritariamente apontados: a divulgação para os centros de saúde, bem como a falta de articulação com os centros de saúde que asseguram o apoio domiciliário. Como referem os entrevistados:

- *“A divulgação junto dos Centros de Saúde deveria ser periódica. A divulgação devia ter mais impacto junto dos lugares mais longínquos do hospital. O apoio domiciliário que devia ser mais eficaz em termos de proporcionar apoio social está um pouco esquecido pois a população tem poucos recursos e muitos ainda vivem em condições pouco salubres.”* (Entrevistado nº3)

Relativamente à **caracterização dos objectivos** e comparativamente ao modelo teórico verifica-se que em termos das entrevistas e no que diz respeito à sustentabilidade do projecto, as entrevistas reconhecem que os registos estão em rede e o médico tem acesso aos registos de enfermagem. Os folhetos são importantes na divulgação da informação e os requisitos propostos. No início do projecto estavam de acordo com os indicadores verificáveis, pelo que em termos de sustentabilidade poderíamos dizer que a avaliação seria de **Bom**, contudo ao verificar a permanência

detectam-se várias falhas que os entrevistados apontam nos pontos fracos e que comprometem a verificação dos objectivos pelo que a avaliação neste parâmetro é de **Insuficiente**, (ver quadronº12). Como podemos constatar pelas respostas dos entrevistados:

- *“Todo o processo é realizado de acordo com o descrito no projecto e têm-se verificado bons resultados quer a nível da melhoria que o doente verbaliza. Os registos estão em rede - o médico tem acesso aos registos de enfermagem não havendo duplicação de informação” e ainda (Entrevistado nº3)*
- *“Devido ao crescimento do número de utentes, por vezes não se efectua registo na integralidade. Apenas registamos as coisas mais importantes mas no entanto há pormenores que também são importantes e ficam para trás. Também a divulgação da continuidade da consulta tem ficado para trás. Era importante fazer formação junto dos nossos colegas do Centro de Saúde para actualização dos conhecimentos.” (Entrevistado nº1)*

Como aspecto menos positivo verificamos que é mais referido o acesso aos dados estatísticos que não está facilitado e a ausência de algumas enfermeiras às reuniões preparatórias para a formalização da consulta. Por vezes há vários caminhos para se chegar ao mesmo sítio, a estatística existe, poderá é não estar acessível a todos os funcionários directamente, contudo quando solicitada ao centro estatístico certamente será facilitada. Como exemplo ilustrativo citamos a seguinte entrevista:

- *“Embora existam folhas de registos em suporte informático não é possível fazer estatística mensal” (Entrevistado nº1) e ainda que “Promovi algumas reuniões antes do inicio da formalização da consulta de enfermagem às quais as colegas não compareceram devido a outras actividades na consulta” (Entrevistado nº5)*

Relativamente aos **objectivos são concretizáveis naqueles pressupostos** O processo visto pelos entrevistados, verifica-se que reconhecem como pontos fortes as expectativas da população, o facto de a enfermeira ter feito várias acções no sentido de se qualificar naquela área, a disponibilização do espaço físico e o estabelecimento de protocolo, tal como era suposto, como tal consideramos **Suficiente** (ver quadro nº12), porque apesar de existir receptividade dos profissionais e utentes e haver vontade de fazer mais, se o projecto não for aprovado institucionalmente pelos órgãos de gestão, encontrará sempre barreiras ao seu desenvolvimento, crescimento e afirmação, como referem os entrevistados:

- *“O facto de a enfermeira se ter especializado ao fazer um estágio num hospital de referência foi uma mais-valia” (Entrevistado nº3) e ainda “A expectativa da população no que diz respeito à consulta foi uma mais-valia, assim como os procedimentos adequados que a enfermeira realiza na primeira consulta” (Entrevistado nº2)*

Como pontos fracos apontam o pouco tempo de estágio da enfermeira, o insuficiente apoio da gestão e a dificuldade na integração da família no processo terapêutico. Como referem alguns dos entrevistados:

- *“Devia ter tido mais tempo de estágio pois sedimentava melhor alguns conceitos.” (Entrevistado nº1) e ainda “A integração da família em todo o processo é por vezes difícil, uma vez que os familiares residem longe e os utentes vivem sós.” (Entrevistado nº6)*

Relativamente á **continuidade da consulta de enfermagem**, quanto ao modelo referencial, verificamos que ao analisar o processo da construção do projecto os resultados da percepção das entrevistas vão-se repetindo em cada uma das dimensões e categorias reforçando aquilo que os pontos fortes indicam que é haver resultados positivos, mais eficácia terapêutica (nos tratamentos), tendo contribuído para isso, a existência de uma consulta localizada num local de referência. Os utentes sentem-se mais seguros por terem o acesso facilitado a esclarecimento técnico, existindo disponibilidade da parte da enfermeira para apoiar quer presencial quer telefonicamente. Assim podemos considerar a continuidade da consulta de enfermagem como **Bom** (ver quadro nº12) no que concerne aos resultados, porque se considerarmos os procedimentos e as condições que já foram uma referencia, percebe-se que teria de existir também continuidade no investimento institucional, adequado ao seu desenvolvimento pois há entrevistados que referenciam como menos favorável as dimensões reduzidas do espaço físico para a actualidade da consulta, o que talvez revele que no planeamento houve uma projecção que já foi ultrapassada, o mesmo acontecendo com os recursos humanos e a falta de tempo que obriga a descurar um pouco a divulgação interna e externa e ter tempo para os ensinos não actualizando os protocolos tanto quanto seria desejável. Passamos a citar alguns excertos dos entrevistados:

- *“O número de utentes aumentou mas mantêm-se o mesmo número de recursos humanos o que pode obstar a qualidade dos ensinos. O espaço físico é de dimensões*

reduzidas e as reuniões com a equipa multidisciplinar não se têm realizado como era desejável” (Entrevistado nº6)

Relativamente à divulgação e **apresentação do fluxograma na consulta externa**, comparando o desenvolvimento do projecto com a matriz de enquadramento lógico verificamos que em termos processuais, segundo os entrevistados, foi seguido o modelo de realização de formações nos centros de saúde, elaboração de brochuras / panfletos informativos e ainda a divulgação pelos outros profissionais do hospital e rede de contactos. Assim consideramos este item como **Bom** (ver quadro nº12). Passamos a citar algumas da entrevistas:

- *“Elaboraram-se formações nos Centros de Saúde, levámos alguns panfletos da consulta de enfermagem para os colegas distribuírem” (Entrevistado nº3) e ainda “...utentes estes aderiram, porque tiveram conhecimento através de amigos, vizinhos, conhecidos que tinham a mesma patologia.” (Entrevistado nº3)*

Os pontos fracos apontados foram o facto da informação produzida ser pouco diversificada e insuficiente na quantidade de brochuras para entregar nos centros de saúde mas, um projecto é dinâmico e evolutivo pelo que se houver essa consciência, vão-se colmatando as falhas associadas a falta de feedback da projecção do projecto que se idealizou numa dimensão mais reduzida. Como referem os entrevistados:

- *“Devia-se ter divulgado a consulta em todos os Centros do Distrito o que na realidade não foi feito.” (Entrevistado nº3)*

Relativamente à disponibilização da informação e **elaboração e aprovação de formas de registos de produção** relativamente ao modelo referencial existem bons registos, por isso a consideramos como **Suficiente** (ver quadro nº12). De uma maneira geral podemos dizer que os registos foram bem executados, com todos os entrevistados a concordarem com esse facto, no entanto existiu alguma resistência à mudança. Como podemos verificar pelas respostas dos entrevistados:

- *“Tive alguns problemas para implementar os registos, estes tinham que obedecer a determinados modelos anteriores, os actuais são mais inovadores” (Entrevistado nº1). Outro exemplo “As organizações colocam sempre alguns entraves às novidades, porque os “velhos do Restelo ainda existem” (Entrevistado nº3)*

Relativamente à **experiencia adquirida**, podemos considerar como **Bom** (ver quadro nº 12), porque 3 entrevistados referem que existe mais disponibilidade para os utentes, outros 3 referem que o estágio foi importante, 1 entrevistado refere que o

estágio traz mais cooperação e 2 entrevistados dizem que o estágio foi importante para o sucesso do projecto. Como referem os entrevistados:

- “O investimento pessoal e o estágio que a enfermeira realizou no Hospital Pulido Valente foram determinantes para o sucesso do projecto” (Entrevistado nº4)

Como pontos fracos e em termos de sustentabilidade 1 entrevistado refere que devia existir mais tempo de estágio e que os novos inaladores trazem dificuldades de aprendizagem de utilização.

QUADRO Nº12: AVALIAÇÃO DO PROCESSO EM TERMOS DE PLANEAMENTO DE INTERVENÇÃO

Avaliação Dimensões	Insuficiente	Suficiente	Bom
Dimensão 2			
-Matriz de enquadramento lógico:			
<ul style="list-style-type: none"> • As estratégias delineadas asseguram o cumprimento dos objectivos (lógica de intervenção) • A caracterização dos objectivos é verificável e avaliável (Indicadores verificáveis) • Os objectivos são concretizáveis naqueles pressupostos. 	❖	❖	❖
Dimensão 4			
- Continuidade da CE:			
<ul style="list-style-type: none"> • Condições estruturais que foram adquiridas com esta consultas 			❖
Dimensão 5			
-Divulgar a informação sobre a formalização e conteúdo da CE (actividade):			
<ul style="list-style-type: none"> • Foram definidos circuitos 			❖
<ul style="list-style-type: none"> • Foram elaborados suportes para informação dos utentes 			❖
Dimensão 6			
Envolvimento da direcção de enfermagem (Envolvimento institucional) - Facilitação na informação:			
<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração e aprovação de formas de registo de produção 		❖	
<ul style="list-style-type: none"> • Experiencia adquirida 			❖

5.2.3 Discussão dos Resultados

Na análise de conteúdo, não existindo indicadores quantificáveis usam-se questões orientadoras e estruturais tais como:

1-O processo de definição do projecto foi eficiente?

(Isto é os recursos utilizados conduziram á melhor definição do projecto)

2-O processo de definição do projecto foi eficaz?

(isto é as actividades e os resultados do projecto atingiram os objectivos? Será que levam a resultados adequados?)

3-Foram utilizadas as fontes mais pertinentes em termos de forma e método?

4-O processo de definição do projecto foi relevante? (Isto é, os processos desenvolvidos pelo projecto foram de encontro as necessidades identificadas?)

5-O processo de definição do projecto é sustentável (Será que o planeamento permanece?)

6- Verifica-se uma metodologia lógica de intervenção? (as estratégias que foram delineadas cumprem os objectivos)

A discussão dos dados, como referido anteriormente reporta aos seis entrevistados, na avaliação do processo da formalização da CE, usando a metodologia de análise que partiu de dois objectivos do trabalho realizado pela colega:

Formalização da Consulta de Enfermagem

Continuidade da Implementação da CE.

A formalização da CE associou-se a avaliação da sustentabilidade, a continuidade da CE associou-se a avaliação da permanência. Relativamente a cada uma destas componentes, questionaram-se os entrevistados sobre quais os pontos fortes e fracos relativamente às oportunidades de implementação, bem como á maior ou menor possibilidade de existirem ameaças. Em síntese o que procuramos é ter dados que nos sugiram se o diagnóstico realizado era sustentável para a formalização da consulta, recorrendo a todas as etapas que contribuíram para a sua consolidação e se ainda hoje se revela adequado através da opinião positiva dos entrevistados relativamente á permanência.

Assim consideramos que a avaliação do processo é adequado se a permanência e sustentabilidade do diagnóstico e planeamento, na opinião dos entrevistados, existem mais pontos fortes que pontos fracos e mais oportunidades que ameaças.

Avaliação do processo é eficaz se a permanência do planeamento dos objectivos tem mais pontos fortes e oportunidades que pontos fracos e ameaças na opinião dos entrevistados.

Avaliação do processo é eficiente se a permanência do diagnóstico tem mais pontos fortes e oportunidades que pontos fracos e ameaças na opinião dos entrevistados.

Avaliação do processo é pertinente se a sustentabilidade do diagnóstico e planeamento tem mais pontos fortes e oportunidades que pontos fracos e ameaças na opinião dos entrevistados.

QUADRO Nº13: AVALIAÇÃO DO PROCESSO EM TERMOS DO PLANO OPERACIONAL

Tópicos de Avaliação	Instrumentos de Diagnósticos	Objectivos	Formalização da consulta de Enfermagem Critérios para definição de prioridades	Continuidade	Divulgar a Informação e Conteúdo da CE	Envolvimento da direcção de Enfermagem
Adequada	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não
Eficácia	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Não
Eficiência	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
Pertinência	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não

Fonte: Schifer, U. E tal, 2006:174 (Adaptado)

Como se pode observar pela análise do quadro nº13, segundo os entrevistados, a dimensão 6 – envolvimento da direcção de enfermagem é a que apresenta uma avaliação menos positiva bem como a dimensão 5 – divulgar a informação e conteúdo

da CE, no que respeita aos outros itens a avaliação do processo é na generalidade positiva.

Os nossos instrumentos de diagnóstico baseiam-se essencialmente: na recolha de informação das entrevistas, na observação e na pesquisa documental.

Relativamente aos aspectos demográficos, o distrito de Évora tem registado nas últimas décadas um importante decréscimo da população residente. Este decréscimo deve-se essencialmente a um saldo natural negativo, que está na origem de um duplo envelhecimento da população com um aumento da população idosa e ao simultâneo decréscimo do número de nascimentos. À semelhança de toda a região do Alentejo, o Distrito de Évora apresenta uma densidade populacional muito baixa correspondendo a apenas 23.11 habitantes por Km², extremamente discrepante com os 113.92 da média nacional.

Com uma população envelhecida, e com a precariedade da CE era urgente a formalização desta consulta de enfermagem em pneumologia. A Consulta de Pneumologia médica funcionava com três Pneumologistas (dois para consultas de Insuficientes Respiratórios e um para consultas de Síndrome de Apneia do Sono) e uma enfermeira que se deslocava ao Núcleo de Exames Especiais sempre que havia consulta de Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono.

A pertinência de implementação de uma consulta de enfermagem devia-se à verificação de necessidade de ensinamentos centrados nas reais dificuldades do doente e da importância de validar a eficácia dos ensinamentos.

Desta resultam, tanto para a organização como para os utentes, a redução de idas ao SU, de internamentos e de despesas em saúde. O que contribui para a melhoria dos cuidados.

A consulta, e os respectivos ensinamentos aos doentes, eram realizados apenas pelo médico, a quem era exclusivamente atribuída a responsabilização pela valência. Com o apoio da parte médica envolvida, e da então enfermeira chefe das CE, foi adquirido material e equipamento necessário para o desenvolvimento dos cuidados necessários aos doentes deste foro.

Relativamente à dimensão potencial da população, a consulta consegue atrair toda a população de toda a sua área de atracção. A oportunidade esperada era de que não havendo nada formalizado na região neste contexto, a FCE, através de divulgação eficaz junto dos centros de saúde se conseguisse captar utentes de todo o distrito.

Facto que se verifica na permanência sendo que o impacto esperado não foi defraudado uma vez que se verificou-se uma incidência em 2005 de 475 consultas e sua prevalência de 2481 consultas num total de 1297 doentes, relativamente a 2007 obteve-se uma taxa anual de crescimento de 26% e ainda os entrevistados referem que:

- *“Sim. Da observação que tenho realizado. Espero com este projecto conseguir abranger todo o distrito e atrair toda população da sua área de atracção “ (Entrevistado nº1) e ainda “Conseguimos atrair toda a população, através da divulgação contínua nos centros de problema e saúde. Os utentes também divulgam a consulta a amigos com o mesmo problema “ (Entrevistado nº1)*

Para a sua sustentabilidade o que se apresenta como ameaça era o facto de existirem na região utentes que residiam em povoações bastante isoladas e com escassez de meios económicos, o que poderia limitar a vinda dos utentes ao hospital, como referem os entrevistados:

- *“Se a divulgação não se realizar em todos os centros de saúde, principalmente naqueles mais longínquos. Há utentes que não podem vir ao Hospital” (Entrevistado nº3) e ainda “ Sim. Os utentes que residem em lugares isolados, não conseguem atrair. As pessoas não têm recursos económicos, e os transportes são inexistentes.” (Entrevistado nº1)*

Na permanência verifica-se que as ameaças não se concretizaram, já que os utentes vêm das mais diversas proveniências, o que confirma a nível processual que o planeamento proposto e concretizado foi adequado. Como citam alguns dos entrevistados:

- *“Temos utentes de todos os conselhos” (Entrevistado nº3)*

No que diz respeito á acessibilidade no que se refere á divulgação da consulta. O número de utentes cresceu com a consulta de enfermagem.

Verifica-se que o processo tinha previsto uma divulgação da consulta de enfermagem pelos centros de saúde, no intuito de captar utentes de todo o distrito e em termos de sustentabilidade foi formulado um plano de reuniões e divulgações nos centros de saúde que satisfizeram a maioria dos entrevistados, embora alguns refiram que essa divulgação não foi igual e abrangente de todos os centros de saúde devido ao pouco

tempo previsto para esta actividade do processo. Como exemplo ilustrativo passo a citar:

- *“Sim. Com a divulgação aos centros de saúde conseguiremos atrair mais utentes” (Entrevistado nº3) e ainda que “Se a divulgação não se realizar em todos os centros de saúde, principalmente naqueles mais longínquos. Há utentes que não podem vir ao Hospital “ (Entrevistado nº3)*

A nível de permanência verifica-se que em todas as entrevistas é referido o crescimento da consulta no período observado: ano de 2005 até 2010, como se pode verificar pela transcrição de uma entrevista:

- *“O número de novos utentes tem crescido todos os anos, começando com 0,8% em 2006 até um máximo de 20% em 2008”. (Entrevistado nº1)*

No planeamento do projecto partiu-se duma prevalência para a sustentabilidade do processo, baseada nos utentes que estavam inscritos na consulta de pneumologia, que são essencialmente diagnosticados com asma e DPOC. Essa era a grande oportunidade para a fundamentação duma consulta de enfermagem com estas características, não foram previstas ameaças à sustentabilidade. Na permanência verifica-se que a prevalência é de 2302 utentes em 2010 e que a maioria, tal como se esperava são utentes com DPOC e asma, não são apontadas nas entrevistas ameaças á permanência. Sendo assim pelo exposto avaliado com **Bom** (ver quadro nº12) como exemplo ilustrativo passamos a citar alguns excertos das entrevistas:

- *“Continuamos a ter em maior número, os utentes com DPOC e asma. A prevalência é em 2010 um total de 2302 utentes” (Entrevistado nº1)*

Ao analisar o processo, relativamente à satisfação dos utentes, verificamos que um dos pressupostos era ter utentes satisfeitos e os indicadores simples para avaliar essa satisfação que foram previstos, foram as observações que seriam feitas no livro amarelo, agradecimentos que fossem feitos formal ou informalmente. Na permanência verifica-se que não existem nem agradecimentos nem reclamações formalmente elaborados, contudo os utentes manifestam a sua satisfação informalmente através de cartões de boas festas e agradecimentos durante as consultas. A esta satisfação poderá também estar associado o facto de o número de intervenções em pneumologia ter vindo a decrescer 2006, sendo no ano de 2010, o seu decréscimo de 10%. Como exemplo ilustrativo passamos a citar excertos de algumas entrevistas:

- *“Não temos reclamações no livro amarelo e também não temos agradecimentos. Temos utentes que reconhecem o nosso trabalho através da sua visita, ou enviam-nos cartões de boas festas “ (Entrevistado nº2)*

Em síntese na avaliação do processo em termos do plano operacional verifica-se que instrumentos de diagnósticos foram os que melhor se adaptaram á estratégia que pretendia implementar (ver quadro 13), no que refere a sua adequabilidade, eficácia e eficiência e pertinência. Relativamente aos objectivos não foram eficazes, segundo as entrevistas, não optimizaram todos os meios em função do que se queria obter, como exemplo ilustrativo passamos a citar:

- *“Devia-se ter formulado objectivos mais dirigidos para a divulgação da consulta junto dos Centros de Saúde” (Entrevistado nº1), ainda “A estrutura física (...) embora de dimensões reduzidas” (Entrevistado nº2) e ainda “Desde sempre o espaço físico criado foi reduzido, mas hoje em dia com o aumento do número de utentes o mesmo espaço tornou-se cada vez mais pequeno. Não conseguimos ter dois utentes de cadeira de rodas na sala. A ida aos Centros de Saúde tem estado um pouco adormecida” (Entrevistado nº1)*

No que diz respeito á eficiência, estes são eficientes, pois permitem que o processo continue dinâmico e faça um refreshment, abrangendo agora todos os interlocutores que se consideram importantes para a permanência do projecto

Segundo os resultados das entrevistas, no que diz respeito à formalização da consulta de enfermagem e aos critérios para a definição dos objectivos este consideram-se adequados, eficazes, eficientes e pertinentes (ver quadro nº13). Os entrevistados dizem que:

- *“Com a precariedade da consulta de enfermagem em pneumologia os nossos utentes apresentavam mais crises, uma por mês mais ou menos. Hoje em dia dependendo do estado de evolução do doente apresentam em média uma crise de três em três meses e nos últimos tempos de seis em seis. Note-se que se tem verificado um menor número de recorrências à urgência e de internamento.” (Entrevistado nº2)*
- *“O problema foi identificado correctamente e tem a sua razão de ser. Os utentes verbalizam que têm faltado menos ao trabalho e que sabem os sintomas da sua doença quer por uma razão natural, quer em tomar medidas para evitar factores ambientais que provoquem o agravamento da mesma. Verifica-se que têm menor*

número de crises e assim diminuem o número de idas ao SU o que leva a menos internamentos e à diminuição dos custos em saúde” (Entrevistado nº1)

No que se refere à avaliação do processo em termos de plano operacional no que concerne à continuidade da consulta esta é positiva em todos os itens (Adequação, Eficácia, Eficiência e Pertinência) da avaliação. Segundo os entrevistados:

- *“...trabalho da enfermeira B tem trazido muitos benefícios para a população do Concelho no controlo da doença respiratória, através dos ensinamentos da administração da técnica inalatória. Esta terapêutica só é eficaz se a técnica inalatória for executada correctamente, como faço os testes da função respiratória verifiquei que houve uma melhoria significativa e que os utentes estão satisfeitos pois sentem-se melhor. Estes utentes vêm menos vezes à urgência faltam menos ao trabalho, têm um desempenho social e familiar mais satisfatório, têm menos crises porque estão mais informados o que melhora a sua qualidade de vida.” (Entrevistado nº2)*
- *“A formalização da consulta de enfermagem e a sua continuidade tem trazido reabilitação aos utentes da nossa população através do ensino da técnica inalatória, através de um acolhimento personalizado e dos seus registos, o que nos permite a continuidade.” (Entrevistado nº1)*

Ao avaliarmos o processo em termos do plano operacional, no que se refere à divulgação da CE, verificou-se que existiu alguns problemas em termos de adequação. Os entrevistados manifestam dúvidas sobre o rigor da validade e actualidade da informação sobre a qual estavam a trabalhar, como referem os entrevistados:

- *“A divulgação foi muito básica, devia-se ter colocado um outdoor na entrada do hospital e colocados flyers em zonas estratégicas - sala de espera - para todos os utentes terem acesso a informação”, (Entrevistado nº1), outro entrevistado refere que “Só no início se elaboraram cópias do fluxograma para a sua divulgação, agora as cópias acabaram-se e ninguém mais tratou desse assunto”. (Entrevistado nº6) e ainda “(...), os utentes terem acesso à informação desta consulta faltou-nos essa divulgação nos Centros de Saúde” (Entrevistado nº5)*

Em termos de eficácia. Não se conseguiu garantir o que se tinha proposto, pois houve reuniões onde faltaram enfermeiros, bem como os suportes informativos que não chegam a todos os centros de saúde, nem a todos os utentes, embora a divulgação se possa considerar eficiente na medida em que os utentes aderiram à consulta e aumentaram o seu máximo, com os dados apresentados:

- *“Continuamos a ter em maior número, os utentes com DPOC e asma. A prevalência é em 2010 de 2302”* (Entrevistado nº1)

Segundo os entrevistados não se pode garantir em termos de validade, actualidade e pertinência da informação até porque como refere 1 dos entrevistados é difícil mudar comportamentos:

- *“Tive alguns problemas para implementar os registos, estes tinham que obedecer a determinados modelos anteriores, os actuais são mais inovadores”.* (Entrevistado nº1)
Outro exemplo “As organizações colocam sempre alguns entraves às novidades, porque os “velhos do Restelo ainda existem” (Entrevistado nº3)

Para colmatar este problema teria de haver uma compilação, análise e reformulação de todos os suportes informativos de acordo com o *state of art* e estimular uma periodicidade para validar a informação.

Ao avaliarmos o envolvimento da direcção de Enfermagem, verificamos, que este foi o ponto que se revelou menos alcançado, pois os entrevistados referem que:

- *Os registos informatizados não estão traduzidos em números para fácil acesso estatístico periódico (mensal). Deve-se melhorar este aspecto. O apoio da gestão continua a ser garantida no entanto está limitado a constrangimentos orçamentais, contratação de pessoal.* (Entrevistado nº3) e ainda *“ Este sistema de registo não é prático, porque não consegue verificar o histórico de todo o utente nem o acesso aos somatórios totais dos utentes por meses.”* (Entrevistado nº5)

Para modificar esta situação sugere-se que se apresente os resultados dos ganhos obtidos com o objectivo de motivar a gestão para o eventual crescimento e envolvimento da consulta, como referem os entrevistados:

- *“A formalização da consulta de enfermagem e a sua continuidade tem trazido reabilitação aos utentes da nossa população através do ensino da técnica inalatória, através de um acolhimento personalizado e dos seus registos, o que nos permite a continuidade.”* (Entrevistado nº1) e ainda *“A formalização da consulta de enfermagem veio beneficiar os utentes. Tem uma enfermeira de referência o que permite o acompanhamento para avaliar a situação do utente. (...) dá continuidade, faz os ensinamentos da mesma maneira entre uma consulta e outra. Consegue avaliar as dificuldades dos utentes e tem uma intervenção mais eficaz. Além da consulta ter um espaço físico próprio, portanto os utentes sabem onde se dirigir, têm também o*

contacto telefónico da enfermeira o que dá uma segurança à utente, pois em caso de dúvidas têm apoio permanente. Estes utentes tiveram melhoria significativa da qualidade de vida. Conseguiu-se uma redução das crises, das idas ao SU e diminuição do número de internamentos.” (Entrevistado nº3)

5.2.4- Avaliação do Projecto

A discussão dos dados, como referido anteriormente reporta aos seis entrevistados, na avaliação do processo da formalização da CE, usando a metodologia de análise que partiu de dois objectivos do trabalho realizado pela colega:

- 1- Formalização da Consulta de Enfermagem
- 2- Continuidade da Implementação da CE.

A formalização da CE associou-se a avaliação da sustentabilidade, a continuidade da CE associou-se a avaliação da permanência. Relativamente a cada uma destas componentes, questionaram-se os entrevistados sobre quais os pontos fortes e fracos relativamente às oportunidades de implementação, bem como á maior ou menor possibilidade de existirem ameaças. Em síntese o que procuramos é ter dados que nos sugiram se o diagnóstico realizado era sustentável para a formalização da consulta, recorrendo a todas as etapas que contribuíram para a sua consolidação e se ainda hoje se revela adequado através da opinião positiva dos entrevistados relativamente á permanência.

Assim consideramos que a avaliação do processo é adequado se a permanência e sustentabilidade do diagnóstico e planeamento, na opinião dos entrevistados, existem mais pontos fortes que ponto fracos e mais oportunidades que ameaças.

Avaliação do processo é eficaz se a permanência do planeamento dos objectivos tem mais pontos fortes e oportunidades que pontos fracos e ameaças na opinião dos entrevistados.

Avaliação do processo é eficiente se a permanência do diagnóstico tem mais pontos fortes e oportunidades que pontos fracos e ameaças na opinião dos entrevistados.

Avaliação do processo é pertinente se a sustentabilidade do diagnóstico e planeamento tem mais pontos fortes e oportunidades que pontos fracos e ameaças na opinião dos entrevistados

Como se pode observar pela análise do quadro nº13, segundo os entrevistados, a dimensão 6 – envolvimento da direcção de enfermagem é que apresenta uma avaliação menos positiva e também a dimensão 5 – divulgar a informação e conteúdo da CE, no que respeita aos outros itens a avaliação do processo é na generalidade positiva.

Secção VI - Replaneamento

6 REPLANEAMENTO BASEADO NA METODOLOGIA MAPA

A proposta de replaneamento relativamente ao projecto em causa, surge porque a sua apresentação escrita não apresenta formalmente uma metodologia de planeamento, o que leva à possibilidade de surgir uma abordagem alternativa. Assim propomos o replaneamento a partir da avaliação de processo que foi efectuada e desenvolvida no capítulo anterior, baseado na metodologia MAPA (método aplicado de planeamento e avaliação). O MAPA é uma metodologia operacional integrada e participativa de planeamento e avaliação, que simplifica e facilita processos de diagnóstico, planeamento, monitorização e avaliação.

Para o efeito existem algumas ferramentas que são utilizadas para a operacionalização da metodologia MAPA. Uma delas é a matriz de enquadramento lógico

MEL é constituído por quatro linhas e quatro colunas.

No eixo vertical encontram-se os quatro níveis de hierarquia

- Objectivo geral;
- Objectivo específico;
- Resultados;
- Actividades.

No eixo Horizontal as colunas têm uma:

- Lógica de intervenção;
- Indicadores objectivamente verificáveis;
- Pressupostos subjacentes à lógica de intervenção.

Este método tornou-se em certa altura um padrão no planeamento de projectos.

Iremos passar a apresentação da proposta de replaneamento do projecto “Formalização da Consulta de Enfermagem”. Utiliza-se para o efeito, os instrumentos de análise propostos pela metodologia adoptada e que se passam a indicar de seguida.

6.1 Construção de uma Árvore de Problemas

Um estudo inicia-se geralmente com uma ideia difusa sobre o tema que suscita interesse ou curiosidade, que se torna projecto na medida em que se vai desenhando uma estrutura composta de diversos patamares.

Ao definir um diagnóstico, percebem-se diferentes níveis de problemas bem como as suas causas e efeitos possibilitando a construção duma árvore de problemas.

No que respeita á hierarquização dos problemas, optamos por um modelo do tipo árvore de problemas, que consiste na identificação de um problema central que é considerado o tronco da árvore. Pode acontecer que não exista somente um problema, e para cada um será elaborada uma árvore. ” A árvore visa representar, tão completamente quanto possível, as relações de causa e efeito presentes dentro do campo de problemas, que será tanto mais objectivo quanto os presentes consigam produzi-los, com base nas informações e perspectivas disponíveis (Schiefer et al, 2006:124).

Os problemas começam por ser simplesmente identificados e expostos, inicialmente não está estabelecida qualquer relação entre eles. A etapa seguinte é agrupá-los e hierarquicamente até se chegar á conclusão sobre qual o problema central (esta é situação aferida e discutida em termos de validação com o facilitador que é o interlocutor privilegiado da consulta de pneumologia de HESE EPE).

Uma vez encontrado o problema central discute-se então a relação de causalidade/ efeito de cada um dos problemas com o problema central. Os problemas causais ou a raiz contribuem para o problema central enquanto os problemas/ efeito ou ramo ocorrem por influência do problema principal.

A importância deste passo no processo de avaliação é permitir analisar e discutir as perspectivas dos diferentes stakeholders, entendidos como pessoas que possuem relações com o projecto ou são afectadas por ele, (como o grupo alvo, a organização e entidades financeiras) relativamente ao processo de planeamento do projecto.

O procedimento adoptado foi, identificar três nuvens de problemas:

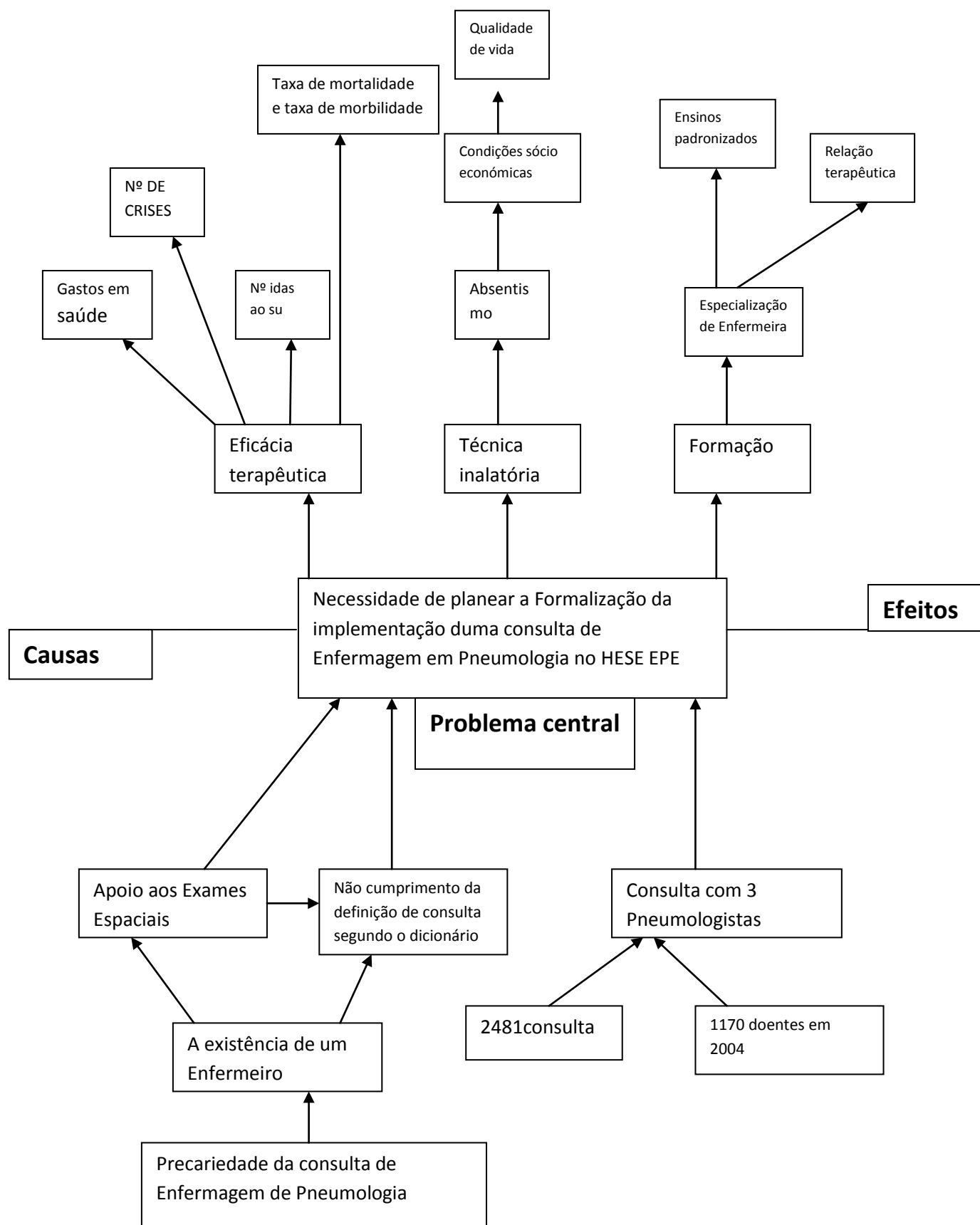
- Precariedade da consulta de Enfermagem – Problema 1 (ver Anexo VII)
- Eficácia terapêutica da consulta de Enfermagem Problema 2 (Ver Anexo VIII)

- Importância da formação -Problema 3 (Ver Anexo IX);

Dos quais se procura inferir o problema nuclear, que neste caso foi identificado como: necessidade de planear a Formalização da implementação duma consulta de Enfermagem em Pneumologia no HESE EPE.

As três árvores de problemas inicialmente identificadas podem então organizar-se numa árvore onde, do problema central atrás identificado podemos identificar os outros problemas estabelecendo com este uma relação de causalidade/ efeito, em que o problema central funciona como as raízes do tronco (problema central) e os problemas efeito representam os ramos da árvore. Assim temos como raiz do problema identificado ou a sua causa a precariedade da consulta de Enfermagem, os ramos ou efeitos são o valor da eficácia terapêutica, o resultado da técnica inalatória e a necessidade da formação/ especialização.

Fig n º8: ÁRVORE DE IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS DA FCEP



A árvore visa representar as relações de causa efeito existentes no campo de problemas estabelecendo de acordo com as camadas, uma hierarquia de intensidade dos problemas acessórios que nos efeitos diminui á medida que se afasta do tronco, enquanto nas causas é mais intenso quanto mais profunda vai a raiz.

6.2 Abordagem à Análise de Necessidades

Na avaliação de necessidades optamos por recorrer a uma análise do tipo SWAT que normalmente, se verifica ser um contributo efectivo na melhoria do processo em que é utilizado. Neste caso vamos utiliza-la na avaliação do próprio processo. A lógica do preenchimento do quadro não é aleatória e a lógica seguida foi a de perceber se no processo do trabalho (que esta a ser utilizado para a avaliação), se planeou, partindo da perspectiva da oportunidade depois por contraste verificar quais as ameaças potenciais, ao que se tencionava planear e de seguida relativamente a cada uma destas vertentes perceber quais os pontos que favoreciam ou ameaçavam as oportunidades e por outro lado, quais os pontos que potenciavam ou neutralizam as ameaças a nível interno e externo. A análise só assumirá um valor efectivo se percebermos que os pontos fracos são-no por contrapartida dos pontos fortes, os internos pelos externos e as oportunidades pelas ameaças. Se não houver o cuidado de inter-relacionar os diferentes quadrantes podemos não conseguir estipular as relações entre os pontos fortes, fraquezas, oportunidades e ameaças.

QUADRO Nº 14: ANÁLISE DO TIPO SWOT APLICADO AO PROJECTO FCEP

Pontos Fortes	Oportunidades	Sustentabilidade
3 Médicos Pneumologistas	1- Aumento do Nº de doentes (930 em 2003; 1170 em 2004)	1- Taxa de crescimento anual 20,51 %
Variação positiva da procura	1.a- Aceitação e receptividade da população	Taxa de crescimento anual 20,51
Disponibilidade dos médicos para os ensinos	2-Diminuição do Nº de crises	2. Duas crises ano
Existia uma estrutura física para a organização do serviço	2.a – Controlo e Gestão da doença por parte dos doentes, aumento da qualidade de vida	2. Duas crises ano
Sensibilidade dos órgãos de gestão para a implementação do projecto	2.b- Situação económica favorável – reduzir os gastos em saúde	2. Duas crises ano
Acessibilidade ao hospital	3.Integração da família no processo terapêutico	3. Rácio Dte/ Enf. 10
	4-Acessibilidade	4-Quantos doentes existem com doença e quantos vão regularmente á consulta
Escassos recursos humanos em Enfermagem	1. Acessibilidades	1.Densidade populacional
Não existia ensinos padronizados	2. Não padronização dos ensinos	2. Protocolos de ensinos de Enfermagem
Sem programa de educação para a saúde	2.a. Não existência da estruturação da formação (Inacessibilidade ao conhecimento, repetição de crises)	2.a. Aumento de protocolos
Sem sala própria para ensinos	3. Não existência equipe multidisciplinar	3. Rácio Dte/ Enf. =10
Não uniformidade dos ensinos	3.a- Integração da família no processo terapêutico.	3. Rácio Dte/ Enf.=10
Informalização da Consulta de Enfermagem	4. Mais gastos em saúde, mais idas ao SU, mais internamentos	4.Follow up de ensinos de Enfermagem.
	4.a-Doenças associada e incapacidade física.	4.a.Follow up de ensinos de Enfermagem.
Pontos Fracos	Ameaças	Permanência

6.3 Planeamento de intervenção

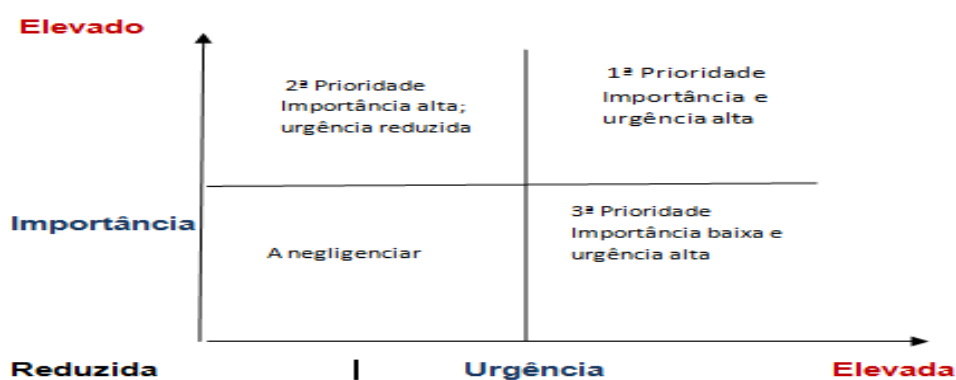
O planeamento da intervenção corresponde á passagem do diagnóstico para a acção e socorre-se normalmente de modelos teóricos que estruturam a hierarquização de prioridades de intervenção. Neste caso o modelo utilizado é inspirado no modelo de Eisenhower. Vamos tentar organizar a informação segundo o modelo referido para a analisar como o processo que estamos a avaliar transforma os problemas em objectivos. Neste modelo os critérios de hierarquização são:

Importância;

Urgência.

Com estes critérios articulados com o nível prioridade, constrói-se uma grelha com quatro quadrados donde se percebe o seguinte:

Figura nº 9 Modelo de Eisenhower



Fiseher e tal, 2007: 144

As prioridades identificadas na avaliação do processo do trabalho em análise foram as seguintes. Analise SWOT dos 3 problemas identificados (ver anexo X)

1ª Prioridade - Criar uma consulta de Enfermagem;

2ª Prioridade - Estruturação do ensino;

3ª Prioridade - Domínio da técnica inalatória.

Este modelo é criticado por só utilizar 2 critérios, mas tem a vantagem de ser facilmente aplicável. Neste estudo onde pretendemos avaliar o processo de implementação da Formalização da Consulta de enfermagem em Pneumologia e analisando a lógica do estabelecimento dos objectivos que foram definidos e fundamentados, essencialmente na urgência e premência da implementação da consulta de enfermagem em pneumologia.

6.4 Estabelecimento de Critérios para Definir Prioridades

No caso em estudo e inspirado no modelo de Eisenhower, baseado na enumeração dos problemas, foram estabelecidos os critérios de priorização e a sua parametrização em função dos propostos pelo modelo, ao qual se acresceu mais um designado de “recursos existentes”, e foram-lhes atribuídas as seguintes ponderações, respectivamente, 40%, 20% e 40%

QUADRO Nº15 CRITÉRIOS DE PRIORIZAÇÃO SEGUNDO O PROJECTO FCEP

<i>Critérios de Priorização</i>							
Problemas	<i>Importância 40%</i>	%	<i>Urgência 20%</i>	%	<i>Recursos Existentes 40%</i>	%	<i>Media ponderal</i>
<i>Problema 1</i>	<i>Formalização da consulta de Enfermagem</i>	15	<i>Apoio da Gestão</i>	6	<i>3 Pneumologistas</i>	30	46%
<i>Problema 2</i>	<i>Material e equipamento adequado para as demonstrações dos ensinos</i>	12	<i>Domínio da técnica inalatória correcta</i>	10	<i>Protocolos dos ensinos</i>	10	32%
<i>Problema 3</i>	<i>Ter conhecimento do state of art</i>	13	<i>Estruturação dos ensinos</i>	4	<i>A ser criados</i>	0	17%

6.5 Elaboração de objectivos verificáveis

Um processo de planeamento inicia-se com a recolha e organização das fontes que facilitam a definição e a caracterização do diagnóstico.

Concluída a fase do diagnóstico, hierarquizam-se as necessidades e desenvolvem-se objectivos gerais e específicos. A matriz de enquadramento lógico assegura que o plano seja coerente e visível onde já se prevêem os indicadores.

A matriz constitui uma sistematização e visualização da estrutura processual do projecto. A matriz é constituída por 4 colunas que apresentam um processo lógico de intervenção, os indicadores processuais objectivamente verificáveis, as fontes de verificação do processo e os pressupostos processuais do projecto, nos quatro níveis de hierarquia de metas definida no eixo vertical.

As actividades do processo lógico de intervenção são o que o processo faz enquanto os resultados em conjunto devem permitir que ele atinja o seu objectivo específico.

A estrutura geral do projecto segue a lógica da árvore de objectivos já atrás definida, e que é desenvolvida na fase diagnóstico.

A coluna da matriz de enquadramento lógico apresenta os indicadores objectivamente verificáveis em todos os níveis da hierarquia de objectivos.

A terceira coluna da matriz diz respeito as fontes de verificação para cada um dos indicadores objectivamente verificáveis. Para cada alguns indicadores existem documentos de registo que estão disponíveis para acesso público onde é possível recolher a informação necessária.

A quarta coluna lida com os pressupostos acerca do ambiente externo.

A aplicação duma estrutura de matriz de enquadramento lógico resulta no quadro da matriz de enquadramento lógico (MEL) tal como se verifica no quadro seguinte, quadro nº16.

QUADRO Nº16: MATRIZ DE ENQUADRAMENTO LÓGICO-MEL- APLICADO AO PROJECTO DA FCEP

[illegible]

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Avaliação do processo “ Consulta de Enfermagem e pneumologia “ foi um passo importante para a melhoria e controlo da doença respiratória através da formalização da consulta.

Tendo presente que os factores determinantes da saúde também decorrem de factores individuais (genéticos, biológicos e psicológicos) bem como de factores ambientais, económicos, sociais e culturais, têm sido implementados, a nível nacional e europeu, redes e programas focalizados em ambientes específicos, com particular destaque para a criação de estruturas organizacionais e projectos sociais e projectos que visem desenvolver a saúde das populações, com planeamentos eficazes adequado a cada situação e que dela resultem processos eficazes para a população

Das entrevistas aplicadas e de acordo com os entrevistados os objectivos foram atingidos quase na sua totalidade segundo os entrevistados e ao avaliarmos o processo da FCEP da continuação de CE verificou-se que existia alguns problemas de adequação assim propomos que a promoção da saúde exige a constituição de parcerias que visem o desenvolvimento social e da saúde entre os diferentes sectores, a todos os níveis da governação e da sociedade civil. Convém reforçar as já existentes e explorar a possibilidade de estabelecer novas parcerias, muitas delas com os centros de saúde. Elas oferecem mútuo benefício para a saúde através da partilha da especialização, das competências e dos recursos. Todas as parcerias devem ser transparentes, responsáveis e nortear-se por princípios éticos e pela consideração e compreensão mútuas. A responsabilidade educar deve ser transversal a todos os actores e parceiros sociais numa lógica de complementaridade, expansão e cooperação.

Acima de tudo, a pobreza constitui a maior ameaça para a saúde. As tendências demográficas tais como a urbanização, o envelhecimento das populações e a prevalência de doenças crónicas, o sedentarismo, a ameaçam a saúde e o bem-estar de centenas de milhões de pessoas.

Como referido anteriormente a educação é uma das determinantes para a saúde, assim no contexto deste estudo em que se realçou os ensinamentos para a saúde, como um factor determinante para o controlo das doenças crónicas.

No que diz respeito a realização do estudo realizado, que em algumas das fases me foi difícil continuar, devido a factores adversos a minha vida pessoal e também a distância entre instituições. Mas com força de vontade e a colaboração de todos consegui chegar ao fim

Embora os dois dias que dispunha para realização da observação, aplicar as entrevistas, realizara a pesquisa documental, embora suficiente, poderia ter sido mais longa, não o foi devido a minha vida profissional e familiar.

Na recolha de informação no HESE-EPE sempre tive a colaboração da maior parte dos actores privilegiados, embora alguns não se disponibilizassem, ou porque desconheciam o projecto ou porque estavam ocupados com outras actividades

Tendo consciência das limitações do projecto estudado e a realização das entrevistas permitiram conhecer, junto dos promotores, o processo de planeamento e de desenvolvimento de intervenções que concluíram as suas acções. Uma vez que, ao longo do capítulo 5, foram sendo emitidas conclusões relativas a cada uma das fases do planeamento, apresentam-se agora algumas conclusões finais tendo em conta objectivos específicos definidos para a realização para o presente *estudo*

Assim concluímos que, segundo os entrevistados, o envolvimento da direcção de enfermagem é que apresenta uma avaliação menos positiva e também a divulgar a informação e conteúdo da CE, no que respeita aos outros itens a avaliação do processo é na generalidade positiva.

Com os conhecimentos adquiridos sobre a técnica de planeamento e avaliação de processos iremos implementar uma consulta de enfermagem no meu local de trabalho CE do HLA

Com a proposta de intervenção propomos o replaneamento do projecto, utilizando uma metodologia científica, com base na metodologia MAPA, como descrito no capítulo 6.

BIBLIOGRAFIA

- Ana, F. Et al ,(1996). *Reabilitação Pulmonar na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica*. Acta Fisiátrica 3(2): 18-22 .(disponível em http://www.actafisiatrica.org.br/v1%5Ccontrole/secure/Arquivos/AnexosArtigos/FC221309746013AC554571FBD180E1C8/vl_03_n_02_18_22.pdf 23-12-2009)
- Araújo, A.(2007), *Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias*, ONDR (disponível em <http://www.ondr.org/Relat%F3rio%20ONDR%202007.pdf> 30-09-2010)
- Araújo, A.(2008), *Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias*, ONDR(disponível em <http://www.ondr.org/Relat%F3rio%20ONDR%202008.pdf> 30-09-2010)
- Ávila, R, et al(2003). *Asma Brônquica* in Gomes, M. & Sotto-Mayor. R, *Tratado de Pneumologia, Vol I* (pp 875-900). Sociedade Portuguesa de Pneumologia. Edições , Lisboa Permanyer
- Baganha,M.,Ribeiro,J.&Pires,S. (S/ D). *O Sector da saúde em Portugal: funcionamento do sistema e caracterização sócio profissional*. Centro de estudos Sociais, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra em parceria com Projecto PEMINT- The Political Economy of Migration in an Integrating Europe. (Disponivel em <http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/182/182.pdf> - 15- 04-2010 -13-05-2010)
- Bardin, L.(1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70
- Barros, P.& Gomes, J.(2002). *Sistemas Nacionais de Saúde da União Europeia, Principais Modelos de Gestão Hospitalar e Eficiência no Sistema Hospitalar Português* GANEC – Gabinete de, Análise Económica, Faculdade de Economia – Universidade Nova de Lisboa (disponível <http://www.dge.ubi.pt/aalmeida/Gestao-medicina-09-10/BARROS-2002.pdf> -05-04-2010)
- Bateman,E.(2008). *Global Strategy for Asthma Management and Prevention, Update*, South Africa
- Bertrand,Y.Valois,P.(1994).*Paradigmas educacionais, Escolas e Sociedades*,Lisboa, Horizontes Pedagógico.

Birckmayer, J. & Weiss, C. (2000), “*Theory-based evaluation in practice. What Do We Learn?*”, In *Evaluation Review*, 24 (4): 407-431

Bliss, Emshoff, (2002). *Workbook for Designing a Process Evaluation*, Georgia Department of Human Resources Division of Public Health, Department of Psychology Georgia State University

(Disponível em

<http://health.state.ga.us/pdfs/ppe/Workbook%20for%20Designing%20a%20Process%20Evaluation.pdf> 01-09-2010)

Brand, J. (1998), *Direcção e Gestão de Projectos*, Lisboa: LIDEL.

Campos (2004). *Métodos de Análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde*, Rev Bras Enferm, Brasília (DF) 2004 set/out;57(5):611-4

Candeias, N.(2007) “*Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais*”. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 31, n. 2, Apr.

(Disponível em http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000200016 23-5-2009)

Capucha, L.; Saleiro, S. (1996). *Experiencias de Avaliação em Portugal* – “Sociologia-Problemas e Práticas”. 22:193-204

Cohen, E. (1999), *Avaliação de Projectos Sociais*, Petrópolis: Editora Vozes.

Cohen, D. & Crabtree, B. (2008). *Qualitative Research Guidelines Project*. Robert Wood Johnson Foundation.

(Disponível em <http://www.qualres.org/> 30-04-2009)

Commission Européenne. (1999), *Évaluer les programmes socio-économiques*, Collection

Davis, W. et al. (2003), “Descriptive methods for evaluation of state-based intervention programs”, *Evaluation Review*, 27(5): 506-534.

Duran, H. (1989). *Planeamento da Saúde. Aspectos conceptuais e operativos*, Lisboa: Ministério da Saúde.

Escoval, A. E tal (2010). *Relatório de Primavera: Desafios em Tempo de Crise*. Observatório Português dos Sistemas de Saúde Lisboa

(Disponível em:

http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2010_OPSS-FT.pdf de 20-12-2010)

Ewles, L., & Simnett, I. (2003). *Promoting Health. A Practical Guide*, London: Baillière Tindall.

Evan, D. (2007). *Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma*, Department of Health and Human Services, National Institute of Health National Heart, Lung, and Blood Institute,

(Disponível em <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/asthma/asthgdln.pdf> 14-3-2010)

Ferreira, J., Silveira, P., & Marques J. (2008) “*Estudo nacional de qualidade de vida na asma: Aplicação do Asthma Quality of Life Questionnaire de Marks (AQLQ-M) na população portuguesa*”. Rev Port Pneumol, jul. vol.14, no.4, p.459-486. ISSN 0873-2159.

(Disponível em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/pne/v14n4/v14n4a01.pdf> 27-06-2010)

Franco, R. et al. (2008) *O custo da asma grave para o sistema público de saúde e para as famílias*. Gaz. méd. Bahia; 78 (Suplemento 2):45-51. (Disponível em <http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/748/731> 27-06-2010)

Goes, A. e Teixeira, J. e Rita, J. (2004). *Evolução do Sistema: Cenários para o Futuro do Sistema de Saúde Português*.

(Disponível em <http://www.observaport.org/node/145> 12-19-2010)

Gil, A. (2002). *Como Elaborar Projectos de Pesquisa*, (4ª ed), São Paulo, Atlas

Guerra, I. (2000), *Fundamentos e Processos de uma Sociologia da Acção – O Planeamento em Ciências Sociais*, Cascais: Edições Principia.

Guerra, J.(2009). *Proposta para a Criação do Núcleo de Estudos sobre Gestão da Doença Crónica da SPMI*, Sociedade Portuguesa de Medicina Interna

(Disponível em http://www.spmi.pt/pdf/Proposta_NEGDC_da_SPMI.pdf 7-10-10-2010)

Honore, B.(2002), *A Saúde em Projecto*, Loures: Lusociência.

Imperatori, E.& Giraldes, R. (1986), *Metodologia do Planeamento da Saúde*, Lisboa: Edição da Escola Nacional de Saúde Pública.

LewisL, P. (1999), *Manual Prático da Gestão de Projectos*, Mem Martins: Edições CETOP.

Loureiro, A. et al (2000a), *A (o)missão da componente avaliativa nos projectos de desenvolvimento local e de intervenção social*, in *Economia e Sociologia*, 69: 113-148.

MaKino,S. & Sagara,H.(2010). Evolution of Asthma Concept and Effect of Current Asthma Management Guidelines Allergy Asthma Immunol Res. 2010 July;2(3):172-176.

Means– *Méthodes d’Évaluation des Actions de Nature Structurelle*, Luxembourg, Office des publications officielles des Communautés européennes.

Ministério da Saúde (1996), *Portaria n.o 349/96 de 8 de Agosto*, Diário da Republica—I SÉRIE-B N. 183,1996Pg. 2412

(Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/293BD77C-8DAE-49A2-A18C-40C32EA7EAF0/0/24122413.pdf> 20-10- 2010)

Ministério da Saúde Direcção-Geral da Saúde - *Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida* (diponível em:

http://static.publico.clx.pt/docs/pesoamedida/DGS_Programa_Nacional_Intervencao_Integrada_Determinantes_Saude_Relacionados_Estilos_Vida_2003.pdf 10-10-2010)

Mladovsky,P. et al (2009). *Health in the European Union- Trends and Analysis*, European observatory on Health Systems and Policies, Observatory Studies Series No 19, World Health Organization, United Kingdom

(Disponível em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/98391/E93348.pdf 23-09-2010)

Moliner,A. (2002).*Health statistics Atlas on Mortality in the European Union , Panorama of the European Union*, Eurostat, Luxemburgo:

(Disponível em http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-08-02-022/EN/KS-08-02-022-EN.PDF 27-6-2010)

Monteiro, A. (1996), "A Avaliação nos Projectos de Intervenção Social: Reflexão a partir de uma Prática", *Sociologia-Problemas e Práticas*, 22: 135-154.

Monteiro, S., Schiefer, U.,& Teixeira, P. (2006), *MAPA - Manual de Facilitação para a Gestão de Eventos e Processos*, Lisboa: Príncipia.

Mortensen,J.;Renda,A.(2007),*Asthma in the EU Towards Better Management and Regulation of Public Health Issue* .Center for European Policy Studies

(Disponível em: <http://aei.pitt.edu/11750/1/1571.pdf> 30-7-2010)

Moura,. et al. (2008). *Vigilância de Factores de Risco para Doenças Crónicas*. Rev Bras Epidemiol 2; 11(supl 1): 20-37.

Petrovic,V.(2006) *Estratégia Global para o Diagnostico Condução e Prevenção da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica* Serbia

(Disponível, em <http://www.golddpoc.com.br/documentos.php> 30-08-2009)

Pignatelli,C. (2002), *Rede de Referenciação Hospitalar de Medicina Física e de Reabilitação. Direcção Geral da Saúde Direcção Serviços de Planeamento*, Lisboa

(Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006180.pdf> em 17-09-2010)

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2003). *Evolução do sistema de saúde português (resumo)*. Rede de investigadores do OPSS.

(Disponível em: <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/Evolucao-do-sistema-de-saude-portugues-resumo.pdf> 23-9-2010)

Oliveiral,C.(2008). *Análise de Conteúdo Temático- Categorical:Uma Proposta de Sistematização*. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro out/dez; 16(4):569-76

(Disponível em <http://www.facenf.uerj.br/v16n4/v16n4a19.pdf> 15-10-2010)

OMS.(1986).*Carta de Ottawa para a Promoção da saúde, 1ª Conferencia Internacional sobre a Promoção da Saúde*, Ottawa, Canada

(Disponível em <http://www.ptacs.pt/Document/Carta%20de%20Otawa.pdf> 7-10-2010)

OMS .(1997). *Declaração de Jacarta, Quarta Conferencia Internacional Para Promoção da Saúde*, , Jacarta, Indonésia

(Disponível em <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Jacarta.pdf> 30-8-2010)

Plano Nacional de saúde 2004-2010, Vol. II. *Orientações Estratégicas*.

(Disponível em http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2_337.html 10-10-2010)

Portugal (2000). *Programa Operacional Saúde XXI – Complemento de programação*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Portugal. Minsitério da Saúde .(1985), *As Metas da Saúde para Todos: Metas da estratégia regional europeia da saúde para todos*, Lisboa: Departamento de estudos e planeamento.

Quivy,R.&Campenhont,L(1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, Lisboa. Gradiva

Randolph,W.,&Posner,Z.(1992), *Planeamento e Gestão de Projectos*, Lisboa: Editorial Presença

Raynal, S. (2000), *A Gestão por Projecto*, Lisboa: Instituto Piaget.

Roisin,R(2009). *Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstrutive Pulmonary Disease, Update*, GOLD. Barcelona, Spain,

(Disponível em: <http://www.goldcopd.com/Guidelineitem.asp?l1=2&l2=1&intId=2003> 30-07-2010)

Sampieri,R.,Collado.C&Lucio P.(2006). *Metodologia de Pesquisa* , (3ª ed), São Paulo: McGrawhill

Schiefer, U. et al (2007), *MAPA - Manual de Planeamento e Avaliação de Projectos* Estoril: Principia.

Serrano, Glória P. (1999), *Elaboracion de Proyectos Sociales*, Madrid: Narcea, S.A. de Ediciones.

Silva, C.; Pedro, M.& Courelas, A. (2004), “Avaliação Participada: Perspectiva(s) Metodológica(s) em Projectos Sociais”, *Economia e Sociologia* , s/ nº

Stroebe,W &. Stroebe, M.(1999), *Psicologia Social e Saúde*, Lisboa; Medicina e saúde.

Vala, J. (1986) A análise de conteúdo. In Silva, A. S. e Pinto, J. M. (Org.), *Metodologia das Ciências Sociais* (pp. 101-128). Porto: Edições Afrontamento

Valente,M. et al(2003). Doença pulmonar Obstrutiva Crónica in Gomes,M.& Sotto-Mayor,R,*Tratado de Pneumologia, Vol I* (pp 875-900). Sociedade Portuguesa de Pneumologia.Portugal: Edições Permanyer

Walters, et al.(2008).*Update on Asthma Control In Five European Countries: Results of 2008*, Survey Eur. Resp. 19;116:150-157

WHO, (2002). *Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action*. Geneva: World Health Organization.

(Disponível em <http://catalogue.nla.gov.au/Record/1978300> 7-10-2010)

WHO.(2005).*World Health Statistics, Demographic and Socioeconomic Statistics* , World Health Organization.

(Disponível em:

http://www.who.int/healthinfo/statistics/whostat2005_demosocio_en.pdf 5-9-2010)

Zentner,A. et al. (2010). *Talking Chronic Disease In Europe. Strategies, interventions and challenges, European observatory on Health Systems and Policies*, Observatory Studies Series No 20, World Health Organization, United Kingdom

(Disponível em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96632/E93736.pdf-7-11-2010)

Outros Sites Consultados

Associação para o desenvolvimento de novas iniciativas para a vida – ADVITA)

(Disponível em <http://www.advita.pt/index.php?id=13,219,0,0,1,0> 10-5-2009)

Declaração de Alma- Ata, Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall e Carta de Bogotá

(Disponível em: <http://www.ebah.com.br/declaracao-de-alma-ata-carta-de-ottawa-declaracao-de-adelaide-declaracao-de-sundsvall-e-carta-de-a44043.html>)

Department of Health, Improving Chronic Disease

(disponível em [Managementimproving-chronic-diseasemanagement@doh.gsi.gov.ukhttp://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/index.htm](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/index.htm) 7-10-2010)

Filho,P.(2010). *Asma Brônquica/Epidemiologia*

(Disponível em <http://www.asmabronquica.com.br/PDF/epidemiologia1.pdf> 26-7-2010)

Fundação Portuguesa do Pulmão, *Doenças respiratórias Crónicas em Portugal estratégias Intervenções e Desafios*

(Disponível em <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/06/fpp.pdf>, 7-10-2010)

Interviewing in qualitative research

(Disponível em <http://www.comp.dit.ie/dgordon/Podcasts/Interviews/chap15.pdf> 15 – 09- 2010)

INE (disponível metaweb.ine.pt/sim/conceitos/Detailh.aspx? 3-9-2009)

Ministério da Educação (2007). *Educação e Formação em Portugal*, Lisboa .
(diponível em http://www.gepe.min-edu.pt/np4/?newsId=364&fileName=educacao_formacao_portugal.pdf- 2-03.2010)

Pena, R. e Bee-Consulting. *Metodologia de Planeamento de Projectos por Objectivos*
(Disponível em http://www.arvoredeproblemas.com/dossie/programa_formacao.pdf em 15-09-2010)

Portal da Saúde s/d, *O que é a reabilitação*, s/ p (Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/reabilitacao/reabilitacao.htm> - 23-8-2010)

Promoção da saúde e qualidade de vida Departamento de Administração e Planeamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
(Disponível em <http://www.ebah.com.br/promocao-da-saude-e-qualidade-de-vida-doc-a24063.html> 23-05-2010)

Statement of the European Respiratory Society (ERS) and the European Lung Foundation (ELF) (2006.). *Respiratory and Allergic Diseases in FP7*, september (Disponível em

http://dev.ersnet.org/uploads/Document/68/WEB_CHEMIN_1460_1171363420.pdf

7-10-2019)

WHO

disponível

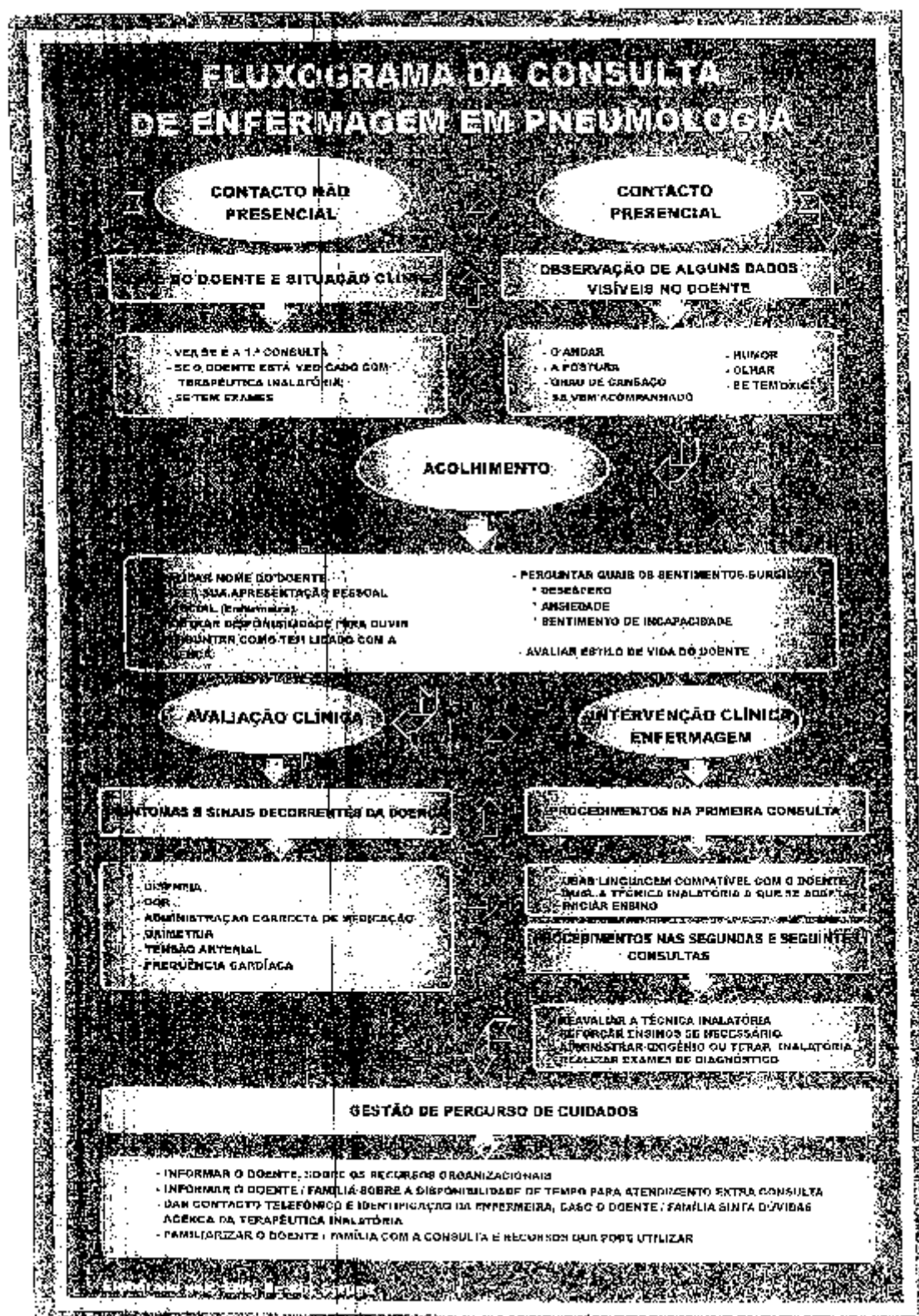
em.[http://www.who.int/entity/dietphysicalactivity/publications/facts/riskfactors/en/index.](http://www.who.int/entity/dietphysicalactivity/publications/facts/riskfactors/en/index.html)

[html](http://www.who.int/entity/dietphysicalactivity/publications/facts/riskfactors/en/index.html) 7-10-2010 7-10-2010)

ANEXOS

ANEXO- I

Fluxograma da Consulta de Enfermagem em Pneumologia



ANEXO- II

Autorização do HESE-EPE

Maria Rosalina Aragão
Mestranda em Intervenções
Sócio-Organizacionais na Saúde
Tlm: 962944438
E-mail: aragaomaria1@gmail.com

Autorizado
Stefane (25)
6.1.11
José Chora
Enfermeiro Director

Exm.º Presidente do Conselho de
Administração do Hospital do
Espírito Santo EPE- Évora

Sendo o Hospital do Espírito Santo um hospital de referência no Alentejo, tive conhecimento da implementação de um projecto "Consulta de Enfermagem em Pneumologia" realizado pela senhora Enfermeira Beatriz Saruga no Serviço de Consultas Externas do referido Hospital.

Encontro-me a preparar o trabalho avaliação de projecto de Mestrado pela Universidade de Évora, pelo que gostaria de realizar um trabalho (avaliação do planeamento do projecto). Trata-se de um estudo de avaliação de processos - "Formalização da Consulta de Enfermagem em Pneumologia". Vem por este meio solicitar a V. Ex.ª a autorização para a realização de colheita de dados (entrevista), a profissionais e desta instituição, assim como a consulta de documentos para a realização do trabalho.

A realização das actividades anteriormente expostas serão realizadas no decorrer do ano de 2011, com data precisa a acordar.

Agradeço antecipadamente toda atenção dispensada, aguardo uma resposta agradável.

Évora, 27 de Dezembro 2010

Pede deferimento

Maria Rosalina Aragão

ANEXO- III

Guião da Entrevista

Guião da Entrevista

- 1- Considerando o que se oferecia em termos de Consulta de Enfermagem de Pneumologia, que instrumentos utilizados para a elaboração do diagnóstico, que origina o projecto que esta a ser avaliado?
- 2- Quais os critérios que presidiram à definição dos objectivos do projecto?
- 3- Como se avalia o processo de caracterização do objectivo de formalização da Consulta de Enfermagem?
- 4- Como é que se avalia a estratégia definida para assegurar a continuidade da Consulta de Enfermagem?
- 5- O processo de divulgação e informação sobre a forma e o conteúdo da consulta de Enfermagem será o garante, o que garante o maior sucesso?
- 6- A estratégia de envolver os responsáveis da direcção de Enfermagem influencia o sucesso de projecto?

Gião da Entrevista

Componentes da Entrevista	Questão Principal	Questões Secundárias
Dimensão 1		
Instrumento de Diagnostico	Quais os recursos necessários às varias fazes do projecto	-Quais as principais fases do processo. -Quais os impactos de cada fase. -Quais os outputs de cada fase.
Dimensão 2		
Objectivos	Existe coerência entre os problemas identificados e os objectivos respondem suficientemente	-As estratégias delineadas asseguram o cumprimento dos objectivos. -Os objectivos são concretizáveis naquele contexto. -A caracterização dos objectivos é verificável e avaliável.
Dimensão 3		
Formalização da consulta	Os parâmetros estipulados como determinantes para formalizar a consulta são necessários e suficientes	-O circuito definido para o acesso do doente à consulta é o mais “amigável” para o utente. -Os critérios para definir o acolhimento são os mais adequados. -A distinção da intervenção clínica de Enfermagem de acordo com o tipo de consulta, constituem um facto de melhoria da qualidade dos cuidados oferecidos ao utentes.
Dimensão 4		
Continuidade da CE	Satisfação das necessidades de informação	- A folha de registo satisfaz os precedentes de informação para a uniformização dos procedimentos de cuidados. -A folha de registo é um instrumento importante na garantia da continuidade dos cuidados. -A folha de registos faculta a comparação de registos, facilitando a perspectiva da evolução do estado do utente. -Os folhetos sobre a técnica inalatoria satisfazem as necessidades de informação dos utentes.
Dimensão 5		
Divulgar a informação sobre a formalização e conteúdo da CE	Apresentação do fluxograma da CE	-O fluxograma clarifica o circuito de acesso do utente à consulta. - O fluxograma facilita a compreensão dos circuitos -O fluxograma tem uma estrutura de construção que permite uma organização racional da CE.
Dimensão 6		
Envolvimento da direcção de Enfermagem	Autorização para a realização do estágio em instituição especializada na área de intervenção do projecto (PV)	- As experiencias adquiridas podem ser adaptadas ao projecto que se pretende implementar. -A recolha de informação no estagio realizado foi facilitada -A direcção da Enfermagem apoiou a implementação do projecto.

ANEXO- I V

Grelha de Análise de Conteúdo

Categoria	Subcategoria I	Subcategoria II	Componentes da Entrevista	Questão principal	Questões secundárias	Respostas das entrevistas	Código de Entrada	Código de Entrada	Resposta das Entrevistas	Categoria				
Dimensão 1														
Sustentabilidade	Factores Internos	Pontos Fortes	Instrumentos Diagnósticos	Os recursos necessários às várias fases do projecto identificadas foram as essenciais?	As fontes foram as mais pertinentes?	Reuni com a colega para realizarmos pesquisa na internet. Encontrámos relatórios dos observatórios, os quais são úteis para o trabalho dela.	4	1	Ainda hoje faço pesquisa na intranet para actualização de conhecimentos, também os médicos me ajudam ao comunicar sempre que sai um artigo científico novo. Todos os anos o Observatório emite novos relatórios, tenho sempre em atenção esse facto e ainda a estatística assistencial do hospital	Permanência				
			Fontes de Recolha de Informação			A) Fonte		Desde há muito tempo sentia a necessidade de realizar uma consulta de Enfermagem em pneumologia, porque os ensinso são muito importantes para este tipo de utentes. Os ensinso sobre a terapêutica inalatória. Tínhamos imensos utentes, cada vez mais utentes. Após longa pesquisa, quer na internet, consultando os médicos do Serviço e os colegas do Serviço. Pensei que seria uma mais-valia para os utentes e também para o Alto Alentejo, pois é um trabalho pioneiro no tema e em termos geográficos.	1		2	A enfermeira tem sempre em atenção as novidades do mercado, quer ao nível da medicação quer ao nível dos inaladores. Também tem a colaboração dos laboratórios que ainda hoje nos visitam. Tem também em consideração outros trabalhos de outras colegas e as estatísticas de outros hospitais e o número de crises recorrentes		
												3	A enfermeira tem demonstrado actualização de conhecimentos através de relatórios e estatísticas médicas	
											2	4	A colega tem actualizado os seus conhecimentos quer através de trabalhos de colegas quer da indústria farmacêutica que fornece os inaladores para as demonstrações e sempre que há novidades comunicamos. As leis os decretos-lei e os dados estatísticos são tidos em consideração	
							3	6	O interesse demonstrado pela colega e o apoio dados pelos Delegados de informação médica têm mantido esta consulta. Têm feito aumentar o número de consultas e de utentes.					
							B) Forma		A forma de informação seleccionada foi adequada para caracterizar o problema?		Após muitos anos a trabalhar em Pneumologia li bastante sobre o tema nos mais variados relatórios principalmente do Observatório para a Saúde (OPPS) e WHO e dos trabalhos estatísticos realizados e consultados, pensei propor o projecto	1	1	De todo o material consultado o que tem maior sustentação é a estatística assistencial
											A colega teve uma excelente ideia de pedir um estágio noutra instituição para aumentar os seus conhecimentos e aplicar à nossa realidade	3	2	Em toda a pesquisa os dados estatísticos são os que dão o suporte de maior peso uma vez que temos dados que nos incentivam
											Sim as brochuras e os relatórios consultados foram determinantes para avançar com o projecto. O trabalho realizado a nível académico e também contribui para que este projecto fosse um êxito	2	3	Os livros de metodologia de investigação utilizados pela colega fez com que ela elaborasse um bom diagnóstico da situação para que ainda hoje esta consulta seja um êxito, quer ao nível dos cuidados prestados quer ao nível da cobertura da população.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

					Toda a proposta de gestão terapêutica está relacionada com o efeito positivo de uma consulta de enfermagem resultado numa melhoria dos cuidados, benefícios sociais e económicos e melhor qualidade de vida	3		número de idas ao SU o que leva a menos internamentos e à diminuição dos custos em saúde	
					A formação dos utentes, o ensino da terapêutica inalatória e a formalização da consulta de enfermagem promove a melhoria da qualidade dos cuidados diminuindo a taxa de mortalidade, diminuindo a taxa de morbilidade, diminuindo as idas ao SU, diminui o número de internamentos promovendo desta maneira a economia da saúde	2	2	Os utentes mostram-se satisfeitos e sentem que estão a realizar a técnica inalatória correcta, porque não apresentam rouquidão nem efeitos adversos da administração dos corticoesteroides melhorando a sua qualidade de vida	
					Toda a eficácia terapêutica está relacionada com o ensino e o grau socioeconómico do utente e a sua capacidade de aprendizagem	1	6	Tem-se observado que os utentes estão satisfeitos com a consulta de enfermagem. Verbalizam muitas vezes que agora já não têm crises e que gastam menos dinheiro em medicamentos.	
					A consulta de enfermagem permite ter dados mais precisos, formar os utentes, além de informar tem maior peso a longo prazo	5	3	Os panfletos são úteis, pois os utentes têm um auxiliar de memória para os procedimentos correctos, também têm o contacto telefónico da enfermeira para lhe ligar em caso de dúvidas	
					O envolvimento da família e acompanhantes é meio caminho andado para a melhoria dos resultados e de adesão ao tratamento resultando uma melhoria da qualidade de vida dos utentes e consequentemente um maior bem-estar social, laboral e familiar	6	4	A formação que a enfermeira fornece aos seus utentes é de extrema importância para a melhoria da sua qualidade de vida, através do controlo da doença ao aplicar a técnica inalatória correcta.	
					Dimensão 3				
	Pontos Fortes	Análise de Necessidades . Formalização da consulta de enfermagem em Pneumologia	Os parâmetros estipulados como determinantes para formalizar a consulta de enfermagem foram os necessários e suficientes?	O circuito definido para o acesso à consulta é o mais adequado?	Penso que sim. Os utentes não se atropelam. Vêm ao meu gabinete e de seguida vão para o do médico.	1	1	As pessoas estão satisfeitas, não perdem muito tempo porque o serviço está bem estruturado, também temos realizado algumas modificações uma vez que temos mais utentes	
					O circuito é muito bom. O utente faz os exames e vai directamente para a enfermeira e depois para o médico	2	2	O acesso à consulta está bem dentro da estrutura física que temos. O gabinete de enfermagem e médico é sempre o mesmo e o circuito é pequeno e rápido.	
					Com a estrutura física que temos não tínhamos alternativa. Os utentes permanecem os mínimos de tempo no corredor	3	3	O circuito definido é rápido e evita que os utentes se dispersem por corredores e corredores	
					Dentro da estrutura física que tenho o circuito não poderia ser outro. É o adequado	4	4	Com a estrutura física que temos, é um trajecto pequeno no qual não há atropelamentos nem dispersão dos utentes.	
					Dentro da estrutura física que tenho, o circuito não poderia ser outro. É o adequado	5	5	Na primeira consulta há todo um procedimento diferente, há um registo de dados como hábitos de vida, observação do estado geral do utente, a sua postura geral portanto é um circuito mais demorado. O segundo circuito é mais rápido é só registo de dúvidas e se há alguma alteração desde a consulta anterior.	
					Tentámos criar o melhor circuito para os utentes evitando grande aglomerado de utentes nos corredores e também que os utentes perdessem menos tempo	6	6	Na primeira consulta há todo um procedimento diferente, há um registo de dados como hábitos de vida, observação do estado geral do utente, a sua postura geral portanto é um circuito mais demorado. O segundo circuito é mais rápido é só registo de dúvidas e se há alguma alteração desde a consulta anterior.	

					A sala e equipamento são adequados, proporciona um ambiente facilitador de aprendizagem. A elaboração de protocolos assim como a aquisição de novos conhecimentos no hospital de referência permitiu adquirir conhecimentos específicos, especialização.	1	1	A realização pessoal de qualquer técnico de saúde é contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos utentes. É o que se tem verificado através da sua verbalização como por exemplo: tenho muito menos crises e vou menos vezes à urgência. Sempre que possível incluimos a família no processo terapêutico
					Formou-se uma equipa estruturada. A localização do hospital é privilegiada e também tivemos a colaboração do enfermeiro director. Tentámos sempre incluir a família mas nem sempre é possível.	2	6	O trabalho realizado nesta consulta de enfermagem tem-nos proporcionado uma grande satisfação através dos ensinamentos realizados aos utentes pois agora os utentes recorrem muito menos vezes à nossa consulta com crises de dispneia e têm melhor qualidade de vida. Referem que faltam menos ao trabalho
				A diferenciação da intervenção de enfermagem de acordo com o tipo de consulta, constitui um factor de melhoria da qualidade dos cuidados prestados?	Temos uma sala bem equipada embora pequena. Os ensinamentos personalizados ao utente e à família permite um acompanhamento do utente, um controle da doença e do número de crises. Com este tipo de consulta de enfermagem pioneira no Alto Alentejo, conseguimos a captação dos utentes de todos os Concelhos, também devido ao número de médicos que temos e há ainda a referir que a localização do Hospital é excelente.	3	3	A esta consulta de enfermagem vêm todo o tipo de utentes independentemente do seu grau cultural ou social. Neste espaço verifica-se que o grau cultural de cada um não é o factor mais importante na adesão ao tratamento mas sim a idade. Como os utentes entre os 40 e Os 50 anos têm melhores resultados.
					O facto de termos um acolhimento ao utente personalizado estabelecendo uma relação empática utilizando uma linguagem de acordo com o grau cultural do utente conseguimos um aumento do número de utentes e assim uma melhor qualidade de vida porque prestamos cuidados de qualidade	4		
					Com certeza, os utentes têm um espaço próprio para expor as suas dúvidas acerca da sua doença e serem esclarecidos sobre a mesma.	5	2	Quando os utentes estão melhor, a enfermeira marca consulta de follow-up pois são doentes crónicos e precisam de apoio contínuo.
					Esta consulta proporciona claramente, uma melhoria dos cuidados prestados. Temos sala própria, material-equipamento, recursos humanos (médicos) suficientes para acompanhamento dos utentes	6	4	Os utentes por vezes mostravam medo ao não quererem lidar com a sua doença mas agora depois de serem esclarecidos verificam que têm melhor qualidade de vida.
			. Critérios para definição de prioridades	A ordenação de prioridades em:	A existência de uma consulta de enfermagem em pneumologia formalizada é a maior prioridade pois depende desta organização todo o desencadear da actuação dos enfermeiros e a aceitação dos utentes. Os conhecimentos técnicos são mais importantes que os materiais adequados pois é possível improvisar.	1	1	Com a formalização da consulta de enfermagem consegue-se uma fidelização de utentes maior, porque temos um espaço físico próprio. Existe um lugar no hospital de referência. Era importante e urgente a sua criação
					Uma consulta bem implementada com equipamento adequado e material adequado no qual existam técnicas com conhecimentos actualizados é o garante de uma intervenção de sucesso	2		
				a) Importância alta e urgência alta	O mais importante e urgente é o apoio da gestão pois sem este apoio não se consegue apoio logístico e disponibilizar a estrutura física e também os recursos humanos e económicos	3	2	A formalização da consulta de enfermagem é importante. Também é importante e urgente a aquisição do espaço físico e do material e equipamento adequado para os ensinamentos. Só assim os nossos utentes têm domínio da técnica inalatória para controlo da doença e estarem assintomáticos.
				b) Importância baixa e urgência alta				
				c) Importância alta e urgência baixa são coerentes?				
				O mais importante e urgente é a formalização da consulta de enfermagem, logo seguida de protocolos e a integração da família no processo terapêutico	4			
				O mais importante e urgente é a formalização da consulta de enfermagem, logo seguida de protocolos e a integração da família no processo terapêutico	5	3	A criação do espaço físico e o apoio da gestão assim como a elaboração de protocolos foi uma mais valia para a prestação de melhores cuidados à população	

					A integração do utente e da família é prioritário e urgente, a transmissão de conhecimentos é de importância alta, a formalização da consulta de enfermagem tem urgência elevada e de menor importância	6	4	O apoio da gestão é um contributo muito grande para a continuidade da consulta.	
Dimensão 2									
	Pontos Fortes	Matriz de enquadramento lógico. Objectivos			<div>Sim. Pois sem a formalização da consulta de enfermagem era difícil o cumprimento dos objectivos. Assim a divulgação da consulta permite à população ter conhecimento da sua existência e aderirem aos ensinamentos e consequentemente à consulta. O facto de nos terem cedido um espaço físico, os utentes tem uma referência física</div> <div>Penso que a divulgação da consulta de enfermagem é importante para aumentar o número de utentes e melhorar a qualidade de vida da população de todo do Concelho. A criação do espaço físico é uma referência do Hospital para os utentes. As actividades realizadas pela enfermeira, desde a observação do estado físico e psicológico do utente até aos ensinamentos contribuem em muito para o cumprimento dos objectivos.</div> <div>A formalização da consulta de enfermagem e as actividades realizadas pela enfermeira contribuem para a melhoria da qualidade de vida da população do Distrito de Évora. Com a melhoria da qualidade de vida diminui os custos em saúde.</div> <div>A divulgação da consulta é muito importante para a população ter conhecimento</div> <div>A intervenção da enfermagem é muito importante no que respeita à formação e educação para executar a terapêutica inalatória</div> <div>Sim, para mim a formalização e a divulgação são as estratégias mais importantes uma vez que a formalização implica registo e continuidade. A divulgação é muito importante para nos darmos a conhecer à população.</div>	<div>1</div> <div>2</div> <div>3</div> <div>4</div> <div>5</div> <div>6</div>	<div>1</div> <div>2</div> <div>3</div> <div>4</div> <div>5</div>	<div>A criação do espaço físico foi muito importante para um acolhimento adequado aos utentes e toda a família. O utente tem uma referência no hospital e sabe onde se dirigir</div> <div>A divulgação que a enfermeira fez junto dos Centros de Saúde trouxe muitos utentes para esta consulta assim como a abordagem que a enfermeira faz na primeira consulta, é um acolhimento muito personalizado</div> <div>A formalização da consulta de enfermagem em pneumologia foi determinante para a melhoria da qualidade de vida da população. As doenças crónicas requerem vigilância rigorosa. Há utentes muito difíceis de controlar e com a criação desta consulta este problema está mais controlado o que é bom para a economia do país, com a redução das idas ao SU, diminuição do número de internamentos, diminuição das taxas de mortalidade e morbilidade e redução do absentismo.</div> <div>A divulgação junto da gestão (que apoiou) e junto dos Centros de Saúde foi determinante na qualidade da consulta de enfermagem.</div> <div>A criação de uma estrutura física própria permite a realização dos ensinamentos em ambiente facilitador de aprendizagem</div>	
			Existe coerência entre os problemas identificados e os objectivos respondem suficientemente?	<div>A caracterização dos objectivos é verificável e avaliável?</div> <div>(indicadores verificáveis)</div>	<div>Penso que sim. Os registos são feitos em rede no Alert no qual o médico tem acesso, existe continuidade e não existe repetição de informação. Os ensinamentos são importantes no controlo da doença pois levam à diminuição da taxa de absentismo e à diminuição dos custos sociais</div> <div>A enfermeira ao preencher as fichas de identificação quer das primeiras consultas quer das subsequentes, permite-nos ter uma base de dados facilitando a recolha de dados. Todos os registos estão informatizados. Há eficácia terapêutica resultante de toda a consulta principalmente dos ensinamentos.</div> <div>Todo o processo é realizado de acordo com o descrito no projecto e têm-se verificado bons resultados quer a nível da melhoria que o doente verbaliza. Os registos estão em rede - o médico tem acesso aos registos de enfermagem não havendo duplicação de informação</div>	<div>1</div> <div>2</div> <div>3</div>	<div>1</div> <div>2</div> <div>3</div>	<div>Na primeira consulta existia todo um procedimento de preenchimento e identificação das fichas. Temos registos de percentagem das primeiras consultas e as percentagens das consultas subsequentes</div> <div>As reuniões de enfermagem com a equipa multidisciplinar são muito importantes para discutirmos as taxas de mortalidade e morbilidade dos nossos utentes</div> <div>A enfermeira não faz um número de ensinamentos X por cada utente, o número de ensinamentos são os suficientes e necessários até os utentes executarem a técnica correcta</div>	

					Uma das características que tem dado mais ênfase é o facto de os utentes saberem gerir a medicação em SOS, permitindo assim gerir a sua doença devido aos ensinamentos que se pratica nesta consulta	4	4	Quando os utentes vêm à consulta é importante o fornecimento de brochuras com indicações do ensino das técnicas, o que permite ao utente o controle e gestão da doença.	
					Os folhetos fornecidos são uma mais valia para a consulta no que respeita à divulgação e aumento de número de utentes	5	5	As horas de formação que a enfermeira B teve permitiu-lhe a aquisição de conhecimentos específicos para prestar melhores cuidados e melhorar a qualidade de vida da população o que se tem verificado pois o número de utentes tem aumentado e estes estão satisfeitos.	
					Os folhetos fornecidos são uma mais valia para a consulta no que respeita à divulgação e aumento de número de utentes	6	6	As horas de formação que a enfermeira B teve permitiu-lhe a aquisição de conhecimentos específicos para prestar melhores cuidados e melhorar a qualidade de vida da população o que se tem verificado pois o número de utentes tem aumentado e estes estão satisfeitos.	
				Os objectivos são concretizáveis naqueles pressupostos?	A integração da família no processo terapêutico é de extrema importância no apoio ao utente	1	1	A integração da família no processo terapêutico é muito importante, principalmente nos utentes mais idosos com maiores debilidades físicas e mentais, pois os ensinamentos requerem alguma destreza	
					A expectativa da população no que diz respeito à consulta foi uma mais-valia, assim como os procedimentos adequados que a enfermeira realiza na primeira consulta	2	2	A aceitação da população foi bastante positiva o que contribuiu para que a consulta crescesse	
					O facto de a enfermeira se ter especializado ao fazer um estágio num hospital de referência foi uma mais-valia	3	3	A implementação da formalização da consulta de enfermagem melhorou a acessibilidade à população	
					O apoio da gestão também foi uma mais-valia para disponibilizar o espaço físico	4	4	O acolhimento do utente de forma personalizada, a integração da família, a padronização dos ensinamentos e a especialização da enfermeira, trouxe um grande número de utentes para esta consulta. Estamos orgulhosos por promover a qualidade de vida da nossa população e contribuir para a redução das despesas em saúde.	
					A realização do estágio da enfermeira no hospital de referência com a elaboração de protocolos e o apoio da gestão teve um peso muito importante na concretização dos objectivos	5			
					A realização do estágio da enfermeira no hospital de referência com a elaboração de protocolos e o apoio da gestão teve um peso muito importante na concretização dos objectivos	6	5	A divulgação da consulta de enfermagem em pneumologia foi bem aceite aumentando o número de utentes na consulta	
Dimensão 4									
		Continuidade da consulta de enfermagem					1	A formalização da consulta de enfermagem e a sua continuidade tem trazido reabilitação aos utentes da nossa população através do ensino da técnica inalatória, através de um acolhimento personalizado e dos seus registos, o que nos permite a continuidade.	
							2	Com já referi, o trabalho da enfermeira B tem trazido muitos benefícios para a população do Concelho no controlo da doença respiratória, através dos ensinamentos da administração da técnica inalatória. Esta terapêutica só é eficaz se a técnica inalatória for executada correctamente, como faço os testes da função respiratória verifiquei que houve uma melhoria significativa e que os utentes estão satisfeitos pois sentem-se melhor. estes utentes vêm menos vezes à urgência faltam menos ao trabalho, têm um desempenho social e familiar mais satisfatório, têm menos crises porque estão mais informados o que melhora a sua qualidade de vida.	

								3	A formalização da consulta de enfermagem veio beneficiar os utentes. Tem uma enfermeira de referência o que permite o acompanhamento para avaliar a situação do utente. A enfermeira de referência dá continuidade, faz os ensinios da mesma maneira entre uma consulta e outra. Consegue avaliar as dificuldades dos utentes e tem uma intervenção mais eficaz. Além da consulta ter um espaço físico próprio, portanto os utentes sabem onde se dirigir, têm também o contacto telefónico da enfermeira o que dá uma segurança à utente, pois em caso de dúvidas têm apoio perante. Estes utentes tiveram melhoria significativa da qualidade de vida. conseguiu-se uma redução das crises, das idas ao SU e diminuição do número de internamentos.
								4	A formalização da consulta de enfermagem veio contribuir para formação dos utentes do foro respiratório a realizar terapêutica inalatória. Com esta formação a terapêutica é mais eficaz o que aumenta o controlo da doença, resultado na melhoria da qualidade de vida para os utentes, têm menos crises e têm melhor desempenho laboral, social e familiar.
								5	A formalização da consulta de enfermagem veio contribuir para formação dos utentes do foro respiratório a realizar terapêutica inalatória. Com esta formação a terapêutica é mais eficaz o que aumenta o controlo da doença, resultado na melhoria da qualidade de vida para os utentes, têm menos crises e têm melhor desempenho laboral, social e familiar.
								6	Desde há muito tempo que temos vindo a referir que era importante a formalização desta consulta. Com a sua implementação verifica-se melhor bem-estar dos utentes, mais segurança. Pois tem espaço físico próprio, enfermeira de referência, ensinios adequados e especializados, formação relativamente aos hábitos de vida. Os ensinios sobre a terapêutica inalatória são muito importante para estes doentes no controlo e estabilização da sua doença.
Dimensão 5									
	Pontos Fortes	Actividades	Divulgar a apresentação do fluxograma da Consulta Externa	Foram definidos circuitos e foram elaborados suportes para informação dos utentes?	Elaboraram-se formações nos Centros de Saúde, levámos alguns panfletos da consulta de enfermagem para os colegas distribuírem.	1	1	Quando elaborei o fluxograma tentei clarificar o circuito do utente. A sua divulgação foi realizada através de cópias na sala de espera com o objectivo de o utente perceber toda a estrutura da consulta de enfermagem.	
					Formações do Centro de Saúde. As colegas foram encaminhando os utentes para a consulta de enfermagem em pneumologia	2	2	Foram distribuídas cópias do fluxograma colocados na sala de espera com o objectivo de os utentes compreenderem os circuitos existentes.	
					Embora não tenham sido elaborados panfletos próprios para divulgação junto dos utentes estes aderiram, porque tiveram conhecimento através de amigos, vizinhos, conhecidos que tinham a mesma patologia.	3	3	O fluxograma é muito importante pois permite a todos (família e utentes) terem a noção de como a consulta está organizada	
					Foram elaborados panfletos de tamanho reduzido, tamanho A4 para distribuir aos utentes e assim divulgar a consulta de enfermagem.	4	4	Foram colocadas na sala de espera panfletos de organização da consulta com o objectivo de divulgar a consulta, o que permitiu a sua expansão e assim os utentes conhecerem a sua organização	
					Dos panfletos realizados estes foram colocados noutros serviços do Hospital como meio de dar conhecimento aos colegas de outros serviços	5			

					Dos panfletos realizados estes formam colocados noutros serviços do Hospital como meio de dar conhecimento aos colegas de outros serviços	6		
Dimensão 6								
	Pontos Fortes	Envolvimento institucional	Facilitaização na formação	Elaboração e aprovação de formas de registo de produção	Os registos permitam ter um controle do que se realiza e também verificar o quanto crescemos	1	1	Em primeiro lugar tomo conhecimento do utente pela vinheta do processo clínico. Quando inicio os registos, se é a primeira consulta, faço os registos do estado geral do utente, se toma medicação, se faz inaladores. Se é a consulta seguinte registo a continuidade aos registos anteriores, sinais vitais, oxigenoterapia ou outro dado relevante que o utente verbalize. Todo o acolhimento e feito de maneira personalizado.
					Só estou neste serviço há pouco tempo e penso que os registos realizados traduzem bem o trabalho, assim como vão de encontro à as sintomatologia do utente e assim conforme as queixas destes se pode avaliar se está melhor.	2	2	O registo de toda a consulta tem como objectivo principal a intervenção e avaliação clínica de enfermagem
					Teoricamente a folha de registos está bem elaborada mas quando se quer tirar os dados estatísticos é complicado	3	3	o primeiro contacto que a colega tem com os utentes é através do contacto da vinheta de identificação do processo clínico , regista todos os procedimentos inerentes a consulta. O acolhimento é realizado de uma maneira personalizada. Os registos são muito importantes para avaliação clínica de enfermagem e posterior intervenção.
					Com os registos realizados tem-se uma percepção de quanto se evoluiu	4	4	O acolhimento é muito importante, uma vez que o utente deve estar num ambiente agradável para expor as suas duvidas só assim é possível obter informações necessárias para uma correcta intervenção clínica de enfermagem.
					Tudo foi pensado da melhor forma a traduzir a nossa evolução e também a experiência ao longo dos anos	5	5	O acolhimento é realizado de uma forma personalizada e os utentes estão satisfeitos
					Tudo foi pensado da melhor forma a traduzir a nossa evolução e também a experiência ao longo dos anos	6	6	O acolhimento é realizado de uma forma personalizada e os utentes estão satisfeitos
				Experiência adquirida	O facto de ter dedicado a minha vida quase toda ao utente do foro pneumológico verifiquei que é mais fácil e temos maleabilidade de raciocínio ao resolver novos problemas com soluções menos novas principalmente com os utentes mais idosos porque estes têm uma linguagem às vezes de difícil percepção. Foi também importante a realização do estágio no Hospital Pulido Valente	1	1	A experiência que adquiri nestes anos de trabalho foi muito importante pelo facto que tive contacto com os utentes. Além do enriquecimento pessoal no contacto com outras pessoas, também consegui lidar com situações mais complicadas principalmente no que diz respeito as pessoas com mais dificuldades de aprendizagem. Ao principio não sabia como lidar com elas, pois tenha a sensação que os utentes não me entendiam.
					A experiência da enfermeira foi preponderante para a implementação da consulta. Ela teve de adaptar novos conceitos aos antigos o que realmente enriquece a enfermeira. Tem mais experiência de vida e logo novas soluções mais adequadas a cada utente.	2	2	Com o decorrer do tempo observo que os utentes tem mais familiaridade com a enfermeira.
					A comunicação com os utentes é muito difícil no que respeita à realização dos ensinios, a experiência da enfermeira foi uma mais valia para a execução deste projecto.	3	3	" A experiência é a mãe de todas as coisas". Temos hoje em dia uma consulta de enfermagem com mais familiaridade, em que a relação terapêutica é mais eficaz.
					A experiência dos enfermeiros mais velhos é muito importante na medida em que transmite mais confiança	6	4	Notamos que os doentes estão mais a vontade connosco, que expõem as suas duvidas por mais insignificantes que sejam. A enfermeira tem mais segurança na abordagem ao utente.

					O investimento pessoal e o estágio que a enfermeira realizou no Hospital Pulido Valente foram determinantes para o sucesso do projecto	4	5	Notamos que os doentes estão mais a vontade connosco, que expõem as suas duvidas por mais insignificantes que sejam. A enfermeira tem mais segurança na abordagem ao utente.				
					O investimento pessoal e o estágio que a enfermeira realizou no Hospital Pulido Valente foram determinantes para o sucesso do projecto	5						
Dimensão 1												
Factores Internos	Pontos Fracos	Instrumentos Diagnósticos	Os recursos necessários às várias fases do projecto identificadas foram as essenciais?	As fontes foram as mais pertinentes?	Por vezes recorremos a fontes que não foram as mais adequadas o que nos levou a reequacionar todo o projecto	4	1	Algumas fontes da intranet estavam e estão desactualizadas				
		Fontes de Recolha de Informação			A) Fonte	Algumas fontes estavam desactualizadas, os dados eram antigos o que nos dava um diagnóstico errado	2	2	Os laboratórios por vezes não nos fornecem as actualizações atempadamente			
						As fontes de informação estavam erradas o que transformou o trabalho em muito difícil	3	3	Temos de ter muita atenção aos sítios da intranet pois às vezes já estão ultrapassados. Também devia ser feito um estágio para troca de ideias e actualização de conhecimentos com outras colegas.			
						Encontrámos muitas barreiras no acesso às fontes, fontes essas que nos pareciam mais pertinentes	1	6	Penso que as enfermeiras da consulta deveriam realizar uma reciclagem anual no hospital de referência.			
								4	Deveria ser feito um trabalho de investigação para avaliação dos resultados do projecto, para termos dados estatísticos			
		5			Deveria ser feito um trabalho de investigação para avaliação dos resultados do projecto, para termos dados estatísticos							
		B) Forma			A forma de informação seleccionada foi adequada para caracterizar o problema?	Por vezes tive dificuldade em encontrar tempo para recolha de informação ou ler os relatórios.	1	1	A literatura consultada por vezes já estava ultrapassada, pois os livros técnicos são caros e não existem recursos financeiros			
								2	As cópias das brochuras às vezes são insuficientes			
							Tentei disponibilizar tempo aos enfermeiros o que nem sempre foi possível	6	3	A literatura técnica é cara e por vezes temos dificuldade em nos actualizarmos		
		C) Método			A metodologia usada para recolher informação respondeu as necessidades?	Não tive tanto nas reuniões tanto quanto gostaria de ter estado. Sendo enfermeira chefe seria importante	6	4	Não temos temo suficiente para realizarmos pesquisa na intranet			
								Tive várias dificuldades em reunir com os colegas pois existia muito trabalho	1	1	Muitos dos protocolos já estão desactualizados, pois são os mesmos desde o início	
								Não reunimos com as enfermeiras tanto quanto queríamos	2	2	Tentamos sempre reunir para debater as estratégias de intervenção mais adequadas, mas por vezes essas reuniões não são atempadas ou não existe mesmo.	
				Tentei disponibilizar as salas para reuniões mas às vezes não era possível				3	3	Era importante a realização de protocolos de reuniões com periodicidade e frequência		
		D) Responsável		Os responsáveis escolhidos para colaborar na recolha de informação	Podíamos ter envolvido mais os colegas do Centro de Saúde pois fornecem-nos muitos utentes	1	1	Devíamos ter uma inter-ligação com as colegas do internamento				
									Como TCP penso que se envolvessem os outros colegas era uma mais-valia	2	2	Penso que a enfermeira não tem tido para ir aos Centros de Saúde

				foram adequados?	Podíamos ter feito reuniões e pedir a colaboração de outros serviços do Hospital e também dos Centros de Saúde. Deviam ser responsáveis pela recolha de informação para a elaboração de diagnósticos	3	6	Os colegas do internamento estão um pouco esquecidos, talvez pelo facto de estarmos em espaços físicos diferentes	
					Esquecemos os Centros de Saúde	4	5	É uma falha muito grande não ser ter tido reuniões nos Centros de Saúde	
					Esquecemos os Centros de Saúde	5	3	Foi uma fraqueza do projecto não envolver os colegas dos Centros de Saúde principalmente aqueles mais próximos.	
		Levantamento de problemas							
		. Problema central		O problema identificado foi o mais pertinente?	Não tenho dados comparativos	1	1	Devíamos ter realizado já um estudo estatístico do que realizámos, pois grande parte dos nossos dados são resultados da observação	
					Poder-se-ia ter feito um estudo estatístico adequado para justificar o problema pois também existem outras doenças crónicas que merecem atenção	3	2	Devíamos ter realizado já um estudo estatístico do que realizámos, pois grande parte dos nossos dados são resultados da observação	
					Não vêm pontos fracos	2	3	Penso que as doenças crónicas cardiovasculares também mereciam atenção pois também apresentam taxa de morbilidade e mortalidade bastante grande	
					Não vêm pontos fracos	4	4	Não vêm pontos fracos	
					Não vêm pontos fracos	5	5	Não vêm pontos fracos	
		. Causas ou Problemas Raiz		Existe relação entre as causas identificadas e o problema central?	As causas identificadas são comuns a outras doenças crónicas	4	1	Os recursos humanos hoje em dia já são poucos. Devíamos ter mais uma ou duas colegas a trabalhar aqui	
							2	A estrutura física hoje em dia já é pequena e se o número de utentes continuar a aumentar é difícil mantê-la com estes recursos humanos	
					É verdades, que muitas das causas são comuns à grande maioria das doenças crónicas	1	3	O sistema não permite a contratação de mais enfermeiros. Sei que os recursos humanos são poucos	
							6	Precisamos de mais espaço e mais recursos humanos, temos cada vez mais utentes e o espaço e os recursos humanos são os mesmos.	
		. Efeito dos Problemas	Existe coerência no levantamento de problemas?	Os Ramos do problema principal estão logicamente relacionados com o problema identificado?	Podia-se dar mais ênfase à formação pois esta é fundamental para o controlo da doença	1	1	Era benéfico a realização de formações (ensinos em grupo) pois esclarecia as dúvidas dos utentes, perdia-se menos tempo	
					Devia-se considerar mais a condição social - sociocultural. A população é idosa e tem por vezes dificuldade na aprendizagem o que muitas vezes faz perder muito tempo	2	2	Os utentes com doenças do foro psiquiátrico têm muita dificuldade na aprendizagem e consequentemente a técnica inalatória correcta	
					A divulgação devia ter sido feita de uma forma mais continuada pois a população é dispersa e os recursos são escassos, as pessoas dos meios rurais têm poucos recursos, se não forem estimulados ficam parados sem motivação para continuar.	3	3	Os utentes com sequelas de AVC têm muita dificuldade da técnica inalatória, necessitam sempre de apoio familiar. Às vezes estes utentes não têm família.	
					A visitação familiar é importante para verificar as condições habitacionais, devia-se ter tido mais em conta	6	4	É pena que os ensinos não sejam realizados em grupo, promovia a aprendizagem e o esclarecimento de dúvidas.	
					O apoio domiciliário devia ter sido considerado	4	5	As doenças associadas são uma grande limitação quer para a formação como para a realização de técnica inalatória e consequentemente na eficácia da terapêutica	
					O apoio domiciliário devia ter sido considerado	5	5	As doenças associadas são uma grande limitação quer para a formação como para a realização de técnica inalatória e consequentemente na eficácia da terapêutica	

Dimensão 3								
	Pontos Fracos	Análise de Necessidades	. Formalização da consulta de enfermagem em Pneumologia	O circuito definido para o acesso à consulta é o mais adequado?	Podíamos ter um acesso único para estes utentes enquanto esperavam pela chamada da enfermeira, estão na sala de espera comum. Estes utentes estão mais sujeitos a infeções respiratórias que os outros pois fazem terapêutica imunodepressora	1	1	Temos tido alguns utentes que verbalizam que na sala de espera comum não ouvem quando a enfermeira chama.
		Os utentes deviam ter acesso à consulta dando entrada para uma sala só pois poderiam conversar uns com os outros, esclarecer dúvidas e trocar opiniões sobre a sua situação.			2	2	Os utentes a fazer corticoesteroides estão imunodeprimidos e estão mais sujeitos a infeções quando estão na sala de espera comum.	
		O espaço físico é pequeno, temos que nos adaptar ao que temos			3	3	Estes utentes deviam ter um espaço só para eles, pois são utentes imunodeprimidos e contraem facilmente infeções além dos utentes estarem muito dispersos.	
		O espaço físico é pouco e os utentes são cada vez mais			4	4	A sala de espera é muito grande e fria, por vezes os utentes saem pior do que entram	
		O espaço físico é pouco e os utentes são cada vez mais			6	6	Os utentes referem que não ouvem a chamada da enfermeira e que chegam atrasados à consulta	
		Os utentes ficam dispersos na sala de espera.			5			
		Os parâmetros estipulados como determinantes para formalizar a consulta de enfermagem foram os necessários e suficientes?		A diferenciação da intervenção de enfermagem de acordo com o tipo de consulta, constitui um factor de melhoria da qualidade dos cuidados prestados?	Embora após todos os esforços feitos ainda temos algumas lacunas. Por vezes não temos enfermeiro com formação própria (férias). Os utentes de longe da cidade e com menor grau cultural e sem família têm muita dificuldade na aprendizagem. São pessoas de fracos recursos.	1	1	Os utentes que residem mais longe, por vezes não vêm aos follow-up
					As pessoas idosas e de fracos recursos e iletrados têm muita dificuldade na aprendizagem e também em comprar medicamentos	2	2	Os utentes mais novos não vêm muito aos follow-up pois penso que eles não conseguem ter a noção de uma doença crónica, é para toda a vida.
					A sala de ensinos poderia ser maior. Os enfermeiros que temos especializados na área são escassos	3	3	Penso que com o aumento do número de utentes se justificava ter também uma consulta ao sábado.
					As pessoas dos montes e mais idosos têm mais dificuldades	4	4	Os utentes dos Concelhos limítrofes faltam mais às consultas
					As pessoas dos montes e mais idosos têm mais dificuldades	5	5	Com o aumento significativo de doentes e os mesmos recursos humanos temos dificuldade em manter a qualidade dos cuidados
					Os utentes mais idosos e sem familia e que vivem sem condições sanitárias têm dificuldade em melhorar a sua qualidade de vida	6	6	Com o aumento significativo de doentes e os mesmos recursos humanos temos dificuldade em manter a qualidade dos cuidados
		. Critérios para definição de prioridades	A ordenação de prioridades em: a) importância alta e urgência alta b) importância baixa e urgência alta c) importância alta e urgência baixa são coerentes?	São muito coerentes ma difícil de implementar, os recursos são poucos, humanos, económicos. O tempo para a dispensa para actualização de conhecimentos ou visitar outras instituições também é limitado.	1	1	A formalização da consulta de enfermagem foi importante e urgente a sua criação, mas o espaço físico que dispomos é pequeno para todo o equipamento que formos acumulando ao longo do tempo pois tem aumentado o número de utentes.	
				Os recursos humanos são poucos para manter a formalização da consulta	2			
				Os protocolos dos ensinos necessitam de muita actualização de conhecimentos o que é difícil de manter	3	2	Relativamente ao material e equipamento este é insuficiente por se verificar o aumento do número de utentes.	
				Para a formalização da consulta de enfermagem sentiu-se alguma resistência da gestão nos tempos exigidos.	4	3	Temos pouco espaço e poucos recursos humanos	

					Para a formalização da consulta de enfermagem sentiu-se alguma resistência da gestão nos tempos exigidos.	5	4	O número de utentes aumentou. Não temos tempo para actualização de protocolos pondo em risco a qualidade dos cuidados prestados aos utentes.
					Para a formalização da consulta de enfermagem sentiu-se alguma resistência da gestão nos tempos exigidos.	6		
Dimensão 2								
	Pontos Fracos	Matriz de enquadramento lógico .Objectivos	Existe coerência entre os problemas identificados e os objectivos respondem suficientement e?	As estratégia delineadas asseguram o cumprimento dos objectivos? Lógica de intervenção	Devia-se ter formulado objectivos mais dirigidos para a divulgação da consulta junto dos Centros de Saúde	1	1	Desde sempre o espaço físico criado foi reduzido, mas hoje em dia com o aumento do número de utentes o mesmo espaço tornou-se cada vez mais pequeno. Não conseguimos ter dois utentes de cadeira de rodas na sala. A ida aos Centros de Saúde tem estado um pouco adormecida
					A estrutura física é bem pensada embora de dimensões reduzidas	2		
					A divulgação junto dos Centros de Saúde deveria ser periódica. A divulgação devia ter mais impacto junto dos lugares mais longínquos do hospital. O apoio domiciliário que devia ser mais eficaz em termos de proporcionar apoio social está um pouco esquecido pois a população tem fracos recursos e muitos ainda vivem em condições pouca salubres.	3	2	A divulgação junto das colegas no hospital não tem sido feita com frequência pois não temos tempo, o aumento do número de utentes tem sido muito grande.
					O apoio domiciliário foi esquecido, é uma lacuna no projecto	4	3	A divulgação junto dos Centros de Saúde não tem sido realizada porque não temos recursos humanos para tal.
					O apoio domiciliário foi esquecido, é uma lacuna no projecto	5	4	A informação tem ficado muito limitada à consulta, não tem existido a continuidade da informação.
					O apoio domiciliário foi esquecido, é uma lacuna no projecto	6		
				A caracterização dos objectivos é verificável e avaliável? (indicadores verificáveis)	Embora existam folhas de registos em suporte informático não é possível fazer estatística mensal	1	1	Devido ao crescimento do número de utentes, por vezes não se efectuam registo na integralidade. Apenas registamos as coisas mais importantes mas no entanto há pormenores que também são importantes e ficam para trás. Também a divulgação da continuidade da consulta tem ficado para trás. Era importante fazer formação junto dos nossos colegas do Centro de Saúde para actualização dos conhecimentos.
					Os registos dos procedimentos não estão feitos de uma maneira muito correcta pois a colega não tem dados estatísticos	2	2	A divulgação junto dos Centos de Saúde está a ficar um pouco para trás. A população é envelhecida e temos cada vez mais utentes.
					Deviam ter sido feitas mais reuniões antes da implementação da consulta	3	3	Não temos tempo suficiente para reunirmos com a equipa multidisciplinar
					O suporte informático no qual se registam os dados da consulta não permite uma observação rápida nem contabilização das ocorrências de uma maneira fácil	4	4	As percentagens das fichas não ficam completamente preenchidas. A percentagem das consultas subsequentes tem diminuído o que nos leva a pensar que os utentes descuraram a sua doença e por vezes aparecem-nos descompensados
					Promovi algumas reuniões antes do inicio da formalização da consulta de enfermagem às quais as colegas não compareceram devido a outras actividades na consulta	5	5	A enfermeira devia ter mais reuniões connosco, quer fazer mais formações noutras instituições para reciclagem de conhecimentos e actualizações
					Foram agendas algumas reuniões antes do inicio da formalização da consulta de enfermagem mas não foi possível a sua realização devido a outras actividades na consulta	6	6	Com o aumento exponencial da consulta não temos tempo para a realização de actividades importantes como por exemplo, o registo na sua integralidade, reuniões com colegas e médicos e promoção da actualização de conhecimentos junto dos colegas dos Centros de Saúde

				Os objectivos são concretizáveis naqueles pressupostos?	Devia ter tido mais tempo de estágio pois sedimentava melhor alguns conceitos.	1	1	Por vezes tenho dificuldade no acolhimento. Não é realizado da forma mais adequada pois temos muitos utentes e recursos humanos escassos, mesmo com a integração de uma nova colega. Ainda temos dificuldade em captar os utentes que residem mais longe da cidade de Évora. Os utentes com grau cultural mais baixo têm dificuldade em aderir à terapêutica.
					A padronização dos ensinios nem sempre é possível, principalmente quando a enfermeira está de férias. As colegas novas não têm tanta prática nem conhecimentos.	2	2	Temos muitas famílias desestruturadas. Temos dificuldade em integrá-las na consulta tornando todo o processo de ensinios mais complicado
					Temos o apoio da gestão mas os recursos económicos foram poucos. Tivemos que gerir o melhor possível. Também penso que a enfermeira devia ter tido mais tempo de estágio.	3	3	Embora se tenham elaborado estratégias para melhorar a acessibilidade à população de todo o Distrito . Os utentes das populações mais distantes têm muita dificuldade em vir às consultas porque não existem transportes.
					A integração da família em todo o processo é por vezes difícil, uma vez que os familiares residem longe e os utentes vivem sós.	6	4	Por vezes os utentes não beneficiam de panfletos actualizados. Não temos tempo para procurar actualizações e os Delegados de Informação Médica não fornecem os panfletos atempadamente. A formação com as colegas tem ficado para trás. Não temos tempo.
Dimensão 4								
	Pontos Fracos	Continuidade da consulta de enfermagem					1	A formalização da consulta de enfermagem foi uma mais valia no entanto o espaço físico é pequeno, não temos espaço para a realização de ensinios em grupo
							2	A enfermeira tem feito um bom trabalho mas os recursos humanos são poucos. O espaço da sala é pequeno, que com todo o equipamento não tem lugar para a realização de ensinios em grupo, que em meu entender seria benéfico em termos de gestão de tempo e os utentes sentir-se-iam mais acompanhados.
							3	Foi importante a implementação desta consulta mas temos alguns problemas, recursos humanos escassos, espaço físico reduzido e a divulgação junto dos Centros de Saúde está um pouco esquecida.
							4	Com o aumento do número de utentes e o mesmo número de recursos humanos é difícil manter a qualidade dos ensinios. O espaço físico tornou-se pequeno, as reuniões periódicas com a equipa multidisciplinar não se têm realizado
							6	O número de utentes aumentou mas mantêm-se o mesmo número de recursos humanos o que pode obstar a qualidade dos ensinios. O espaço físico é de dimensões reduzidas e as reuniões com a equipa multidisciplinar não se têm realizado como era desejável
							5	Com o aumento do número de utentes não temos tempo para reuniões com a equipa nem para a divulgação da consulta de enfermagem junto dos Centros de Saúde.
Dimensão 5								

	Pontos Fracos	Actividades	Divulgar a apresentação do fluxograma da Consulta Externa	Foram definidos circuitos e foram elaborados suportes para informação dos utentes?	A divulgação foi muito básica, devia-se ter colocado um outdoor na entrada do hospital e colocados flyers em zonas estratégicas - sala de espera - para todos os utentes terem acesso a informação	1	1	Hoje em dia a divulgação do fluxograma está um pouco esquecida . Está na sala de ensinos, os utentes têm conhecimento da sua existência mas os utentes de outras áreas não o conhecem.
					Embora tenha existido divulgação esta foi insuficiente. Baseou-se mais no passa palavra.	2	2	Devia-se ter renovado o fluxograma, colocadas outras cores para dar uma imagem de evolução. Parece que está esquecida a sua divulgação.
					Devia-se ter divulgado a consulta em todos os Centros do Distrito o que na realidade não foi feito.	3	3	Acomodou-se a divulgação do fluxograma com o decorrer do tempo. O número de utentes aumentou. Apenas temos um fluxograma que está esquecido.
					Embora nos tenhamos esforçado para divulgar a consulta de enfermagem, não foi possível aceder a toda a população devido à falta de pessoal.	4	4	Como temos muito trabalho, o fluxograma não é muito divulgado. Nestes últimos tempos acabaram-se as cópias da divulgação como suportes de informação
					Embora distribuíssemos panfletos do fluxograma para os utentes terem acesso à informação desta consulta faltou-nos essa divulgação nos Centros de Saúde	5	5	Só no início se elaboraram cópias do fluxograma para a sua divulgação, agora as cópias acabaram-se e ninguém mais tratou desse assunto.
					Os panfletos com fluxograma da consulta que se distribuíram no hospital deveriam ter sido distribuídos também nos Centros de Saúde	6	6	Só no início se elaboraram cópias do fluxograma para a sua divulgação, agora as cópias acabaram-se e ninguém mais tratou desse assunto.
					Dimensão 6			
	Pontos Fracos	Envolvimento institucional	Facilitação na formação	Elaboração e aprovação de formas de registo de produção	Tive alguns problemas para implementar os registos, estes tinham que obedecer a determinados modelos anteriores, os actuais são mais inovadores.	1	1	Apesar de os registos estarem informatizados a sua base de dados não está elaborada de forma a verificar os resultados em série e realizar estatística mensal
					A colega teve limitações quando quis elaborar uma forma de registo que traduzia a evolução da consulta adequada à sua experiência	2	2	O acolhimento feito pela enfermeira por vezes não é realizado de forma adequada. A enfermeira não tem tempo.
					As organizações colocam sempre alguns entraves às novidades, porque os "velhos do Restelo ainda existem"	3	3	Os registos informatizados não estão traduzidos em números para fácil acesso estatístico periódico (mensal). Deve-se melhorar este aspecto. O apoio da gestão continua a ser garantida no entanto está limitado a constrangimentos orçamentais. Contratação de pessoal.
					Apesar das dificuldades que a enfermeira teve e os obstáculos que a enfermeira teve de enfrentar a implementação dos registos bem sucedida embora com algumas modificações.	4		
					Apesar das dificuldades que a enfermeira teve e os obstáculos que a enfermeira teve de enfrentar a implementação dos registos bem sucedida embora com algumas modificações.	5	5	Este sistema de registo não é prático, porque não consegue verificar o histórico de todo o utente nem o acesso aos somatórios totais dos utentes por meses.
					Apesar das dificuldades que a enfermeira teve e os obstáculos que a enfermeira teve de enfrentar a implementação dos registos bem sucedida embora com algumas modificações.	6		
				Experiência adquirida	Para muitos o facto de a pessoa ter muita experiência na área leva muitas vezes a que a pessoa se acomode	1	1	Com o decorrer do tempo vamos desvalorizando os pormenores
					Por vezes a enfermeira teve dificuldade a se adaptar aos ensinos dos novos inaladores pois eram totalmente diferentes dos anteriores	2	2	Com a experiência a enfermeira tem descurado as actualizações e as reuniões com as colegas
					Podíamos ter promovido um estágio faseado pelo menos duas vezes. Seria mais fácil esclarecer dúvidas pois estas existem sempre.	3	3	Com o tempo adquirimos sabedoria mas também pensamos que já sabemos tudo, cai-se na rotina, não se valorizam os pormenores

	Factores Externos	Oportunidades	Demográficos	A dimensão da população	A consulta consegue atrair toda a população	Sim. Da observação que tenho realizado. Espero com este projecto conseguir abranger todo o distrito e atrair toda a população da sua área de atracção	1	1	Conseguimos atrair toda a população, através da divulgação contínua nos centros de saúde. Os utentes também divulgam a consulta a amigos com o mesmo problema
						Sim. A consulta assegura todos os conselho do distrito de Évora	2	2	A consulta cresceu. Dantes já conseguimos abranger toda área, hoje em dia mantemos a mesma actuação. Pretendemos melhores cuidados em busca da qualidade continua.
						Sim. Com as reuniões que se fazem , quer com a administração ,quer com os colegas e centros de saúde . Essas reuniões tiveram como objectivo atrair toda a população	3	3	Sim. Temos utentes provenientes de todos os conselhos e freguesias do distrito
						Sim. Espera-se atrair utentes	4	4	Basta verificar que temos utentes de todas a s freguesias
						Este é um Hospital de referência no alto Alentejo e o nosso objectivo é prestar cuidados a toda a população	5	5	Basta verificar que temos utentes de todas a s freguesias
						Também objectivo atrair a população de distritos vizinhos.	6	6	Basta verificar que temos utentes de todas a s freguesias
			Acessibilidade	Divulgação da consulta	A consulta consegue atrair toda população potencial na sua área de atracção	Sim. Já tínhamos muitos utentes e eram cada vez mais. Foi por isso a necessidade da FCE	1	1	No primeiro ano tivemos um aumento significativo, depois tivemos anos menos bons , mas ultimamente temos um aumento maior.
						Sim. Esperar-se que o número de utentes venha a crescer	2	2	Sim. A enfermeira nos primeiros anos teve um aumento grande.
						Sim. Com a divulgação aos centros de saúde conseguiremos atrair mais utentes	3	3	No inicio tivemos um número de casos novos muito significativo. Nos últimos anos nem por isso.
						Sim. Com uma divulgação boa o número de utentes crescerá	4	4	Tivemos uma boa afluência de novos utentes principalmente nos primeiros anos.
						Acredito que o número de utentes cresça	5	6	Tivemos uma boa afluência de novos utentes principalmente nos primeiros anos.
							6		
						Penso que o número de utentes aumente	6		
			Prevalência	A cobertura da patologia respiratória	A dimensão da população seguida em consulta	Esperamos captar a população que já vem a consulta	1	1	Continuamos a ter em maior número, os utentes com DPOC e asma. A prevalência é em 2010 de 2302
						A Enfermeira faz os ensinso aos utentes a realizara terapêutica inalatória , principalmente utentes com DPOC e utentes com hábitos tabágicos acentuados .	2	2	Os nossos utentes com DPOC e asma, são os utentes em maior número, uma vez que estes utentes são os que realizam mais terapêutica inalatória.
						Os nossos médicos foram muito colaboradores em fornecer linhas orientadoras de pesquisa	3	3	Esta consulta foi criada para os utentes que efectuassem terapêutica inalatória. São utentes com DPOC e asma.
						Os nosso utentes são principalmente utentes com DPOC e asma	4	4	Os utentes que temos em maior número continuam a ser os utentes com DPOC e asma.
						Temos utentes com patologia respiratória mas em maior número, são utentes com DPOC e asma	5	5	Grande parte da nossa população são os utentes com DPOC e asma.
						Os nosso utentes são massivamente, utentes com DPOC e asma	6	6	Os nosso utentes, são utentes com DPOC e asma.
			Incidência	Capacidade de atrair utentes	Número de casos novos	Esperamos casos novos , pricipalmente provenientes dos centros de saúde	1	1	O número de novos utentes tem crescido todos os anos, começando com 0,8% em 2006 até um maximo de 20% em 2008.
						Começamos com os casos da consulta médica	2	2	Sim. Continuamos com casos novos , variando de ano para ano, uns mais outros menos.
						O número exacto de casos novos, no inicio será os que vierem da consulta médica	3	3	Temos sempre casos novos, é muito variável de ano para ano.
						Teremos casos novos, principalmente do centro de saúde de Portel , o número certo ainda não é previsível .	4	5	Nos anos iniciais, o aumento foi enorme, agora acalmou um pouco.

					Teremos casos novos, principalmente do centro de saúde de Portel , o número certo ainda não é previsível .	5	6	No inicio, o aumento foi enorme, agora estabilizou um pouco.
					Teremos casos novos, principalmente do centro de saúde de Portel, o número certo ainda não é previsível.	6		
		Satisfação dos Utentes	Receptividade dos utentes	Número de reclamações, número de agradecimentos e reconhecimento informal	Não temos reclamações no livro amarelo e também não temos agradecimentos, mas os utentes mostram agradecimento, verbalizando que estão melhores de saúde e que se não fossem os ensinoss estavam sempre com falta de ar	1	1	Continuamos sem ter reclamações nem agradecimentos no livro amarelo. Os utentes vêem a nossa consulta, essa é uma forma de mostrarem o seu reconhecimento
					Não temos reclamações no livro amarelo e também não temos agradecimentos. Temos utentes que reconhecem o nosso trabalho através s da sua visita, ou envio-nos cartões de boas festas	2	2	Não temos nada escrito no livro de reclamações, nem agradecimentos nem reclamações.
					Não temos agradecimentos nem reclamações no livro amarelo.	4	3	Os utentes estão satisfeitos, pois tem sempre aderido a esta consulta, embora não escrevam no livro amarelo. Também não temos tido reclamações.
					Até a data não tenho conhecimento de reclamações, nem agradecimentos no livro amarelo	5	6	Os utentes estão satisfeitos, pois tem sempre aderido a esta consulta, embora não escrevam no livro amarelo. Também não temos tido reclamações.
					O reconhecimento informal é muito comum, os utentes envio-nos cartões de aniversário, de boas festas, mas no livro amarelo não temos nem reclamações nem agradecimentos	6		
	Ameaças	Demográficos	A dimensão potencial da população	A consulta consegue atrair toda a população potencial na sua área de atracão	Sim. Os utentes que residem em lugares isolados, não conseguimos atrair. As pessoas não têm recursos económicos, e os transportes são inexistentes.	1	1	Não temos
					As pessoas que residem em lugares mais isolados não têm recursos	2	2	Temos utentes do distrito todo
					A divulgação junto dos centros de saúde deveria ser efectuada com mais regularidade. Estes utentes necessitem de maior vigilância. Se não aprecemos os utentes esquecem-se.	3	3	Temos utentes de todos os conselhos
					Ainda temos dificuldade em atrair os utentes que vivem em localidades isoladas , uma vez que o acesso é difícil.	4	4	Temos utentes de todo o distrito
					Os utentes que habitam em localidades isoladas, é difícil atrai-los , uma vez que o acesso é difícil.	6	5	Temos utentes de todas as freguesias
		Acessibilidade	Divulgação da consulta	O número de utentes cresceu com a consulta de enfermagem	Pode haver anos em que o número de utentes decresça	1	Não foi previsto	
					A enfermeira tem pouco tempo para divulgar a CE . Teremos anos que o número de utentes se manterá igual ou este diminuir.	2		
					Se a divulgação não se realizar em todos os centros de saúde, principalmente naqueles mais longínquos. Há utentes que não podem vir ao Hospital	3		
					Não se pensou, ao implementar a consulta na divulgação ser realizada de forma equitativa. Há centros de saúde que não serão visitados.	4		
					Não se pensou, ao implementar a consulta na divulgação ser realizada de forma equitativa. Há centros de saúde que não serão visitados.	6		

			Prevalência	Cobertura da patologia respiratória	Dimensão da população seguida em consulta	Os entrevistados não vêm ameaças	1	O Número de primeiras consultas começou com crescimento negativo em 2006, atinge um máximo em 2009, com taxa de crescimento anula de 24%, já o número da consultas decresceu 3%, no ano de 2010	
			Incidência	Capacidade de atrair utentes	Número de casos novos	Não se previu		Os entrevistados não referem	
			Satisfação do utentes	Receptividade dos utentes	Número de reclamações , número de agradecimentos e reconhecimento informal	Não temos agradecimentos nem reclamações no livro amarelo.	1		
						Não temos agradecimentos nem reclamações no livro amarelo.	2		
						Não temos agradecimentos nem reclamações no livro amarelo.	3		
						Não temos agradecimentos nem reclamações no livro amarelo.	4		
						Não temos agradecimentos nem reclamações no livro amarelo.	6		

ANEXO- V

Guião de Observação

Guia de Observação

Espaço físico

Área	Suficiente	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Insuficiente	<input type="checkbox"/>	
	Boa	<input type="checkbox"/>	
	Muito boa	<input type="checkbox"/>	
Ventilação	Suficiente	<input type="checkbox"/>	
	Insuficiente	<input type="checkbox"/>	
	Boa	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Muito boa	<input type="checkbox"/>	
Luz natural	Não	<input type="checkbox"/>	
	Sim	<input checked="" type="checkbox"/>	
			Suficiente <input type="checkbox"/> Insuficiente <input type="checkbox"/> Boa <input checked="" type="checkbox"/> Muito boa <input type="checkbox"/>
Estrutura própria	Não	<input type="checkbox"/>	
	Sim	<input checked="" type="checkbox"/>	
			Suficiente <input checked="" type="checkbox"/> Insuficiente <input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Muito boa <input type="checkbox"/>
Circuitos definidos	Não	<input type="checkbox"/>	
	Sim	<input checked="" type="checkbox"/>	
			Desadequados <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>

Adequados

Muito adequados ☐

2-Utilização da informação

Onde?	Paredes	Tipo? Poster	<input type="checkbox"/>	
		Panfletos	<input checked="" type="checkbox"/>	
		Triplíticos	<input checked="" type="checkbox"/>	
		Outros		Quais
	Avulso		<input checked="" type="checkbox"/>	
	Outro	Qual	<input type="checkbox"/>	

3-Circuito de admissão de doentes; periodicidade descrever.

4- Relacionamento com os utentes

Insuficiente	<input type="checkbox"/>
Suficiente	<input type="checkbox"/>
Bom	<input type="checkbox"/>
Muito bom	<input checked="" type="checkbox"/>

5- Caracterização da estrutura dos ensinos.

Na primeira consulta a enfermeira realiza uma história do utente para analisar a situação actual do utente. No qual realiza ensinos sobre a doença, o que é a doença, como será a sua evolução e as estratégias de lidar com alterações nos hábitos de vida. Se esta a realizar terapêutica inalatória, a enfermeira avalia se e como o utente esta a realizar a técnica da. Nas consultas subsequentes a enfermeira avalia a situação do utente desde a última consulta e observa se há ou não evolução na aprendizagem da administração da terapêutica inalatória

A enfermeira disponibiliza o número de telemóvel para qualquer dúvida que os utentes possam ter.

Os ensinos são realizados individualmente de acordo com o grau cultural de cada utente. O numero de ensinos não são limitados, o utente vai a consulta de enfermagem ate ter domínio da técnica inalatória e quando sente necessidades de algum esclarecimento

A consulta de enfermagem pode ser independente da consulta médica ou em articulação com a mesma.

6- Aceitação e motivação dos utentes.

Os utentes estão satisfeitos e motivados com a consulta, o grau de absentismos é mínimo, a não ser os utentes sem apoio familiar e de fracos recursos ou que residem em lugar distantes, ou lugares isolados

ANEXO- VI

Quadro Analítico

Avaliação do Projecto de “Formalização da Consulta de Enfermagem em Pneumologia”

Categoria - Sustentabilidade	Subcategoria I e II - Factores Internos - Pontos Fortes e Fracos	Componentes Entrevista	Questões Principais/Secundárias	Respostas Entrevistas	Frequência /Tipo
		Dimensão 1 ● Fontes de recolha informação	Os recursos utilizados foram os essenciais em cada fase		
		a) Fonte	As fontes foram as mais pertinentes	1 - Pesquisa Net, médicos, colegas de serviço 2 - Artigos de referência, conversas com delegados informação médica, na pneumologia, Enfermeira Responsável do Trabalho 3 - Estágio Pulido Valente, legislação 4 - Reuniões de enfermeiras, pesquisas na Net, relatórios dos observatórios	Fontes informais com alguma estruturação=3 Fontes institucionais e legais =1
				4 - Recorremos a fontes não mais adequadas o que levou a reequacionar todo o projecto 2 - Algumas fontes desactualizadas dados artigos 3 - Muitas fontes de informação estavam menos correctas 1 - Muitas barreiras no acesso as fontes de informação 5 - A metodologia teve oscilações menos motivação dos colegas mais velhos o Enf.º Director não foi facilitador	Fontes menos adequadas e correctas=2 Fontes desactualizadas = 1 Barreiras no acesso a fontes = 2

Legenda : **Pontos Fortes** preto; **Pontos fracos** Vermelho

Avaliação do Projecto de “Formalização da Consulta de Enfermagem em Pneumologia”

Categoria - Sustentabilidade	Subcategoria I e II - Factores Internos - Pontos Fortes e Fracos	Componentes Entrevista	Questões Principais/Secundárias	Respostas Entrevistas	Frequência /Tipo
		b) Forma	A forma de informação foi adequada para caracterizar o problema	1 – Experiencia no trabalho, relatórios do observatório, Who, trabalhos estatísticos 3 - Estágio 2 – Brochuras e relatórios, trabalho académico (projecto) 4 – Panfletos 5 – Livros de especialidade 6 – Artigos do tema	Experiencia pratica contexto laboral = 2 Literatura técnica = 4 Literatura informativa = 2
				1 – Dificuldades tempo para recolher informação 6 – Dificuldades de gerir tempo para pesquisa	Indisponibilidade de tempo para procurar literatura =2
		c) Método	Metodologia de recolha de informação	1 – Consulta Net, livros da especialidade, fotocópias e reuniões com todos os elementos 4 – Reuniões 2 – Reuniões, projecto, livros, Workshops, brainstorm 5 – Sugestões 6 – Reuniões	Consulta documental = 2 Trabalho em equipa, debate e analise do tema em equipa = 5 Fotocópias = 1
				1 – Dificuldades em reunir 2 – Não reuniu com a Enf. ^a o suficiente 3 – As vezes, o espaço para reunir não estava disponível 6 – Não disponibilidade para reunir e seguir o projecto	Não houve seguimento presencial suficiente = 3 O espaço para reunir não estava sempre disponível =3

Avaliação do Projecto de “Formalização da Consulta de Enfermagem em Pneumologia”

Categoria - Sustentabilidade	Subcategoria I e II - Factores Internos - Pontos Fortes e Fracos	Componentes Entrevista	Questões Principais/Secundárias	Respostas Entrevistas	Frequência /Tipo
		d) Responsável	Os responsáveis foram facilitadores	<p>1 – Toda a equipa, enfermeiros com linguagem mais acessível para os utentes</p> <p>2 – Sim</p> <p>3 – Sim equipa multidisciplinar</p> <p>4 – Sim</p> <p>5 – Sim</p> <p>6 – Médicos forneceram linhas orientadoras de pesquisa</p>	<p>Sim =6</p> <p>Enfermagem =1</p> <p>Equipa multidisciplinar =2</p> <p>Médicos =2</p>
				<p>1 – Não envolveu colegas do CS</p> <p>2 – Não envolveram os outros colegas</p> <p>3 – Poucas reuniões e não envolveram outros serviços do Hospital e dos CS</p> <p>4 – Esquecemos os CS</p> <p>5 – Esquecemos os CS</p> <p>6 – O maior erro foi não envolver os CS</p>	<p>Falta envolvimento do CS = 6</p> <p>Não houve reuniões suficientes =2</p>
		● Levantamento de problemas	O levantamento dos problemas foi coerente		
		a) Problema central	O problema identificado foi o mais adequado	<p>1 – Sim foi pertinente doentes necessitam follow-up, medicação específica para toda a vida, doentes interrompem terapêutica, coordenação neo pulmão</p> <p>2 – Necessário ensinar, formação actualizada, novos inaladores, doentes crónicos podem equilibrar-se com as novas tecnologias (inaladores e fármacos – skate of art.) diminuição taxas mortalidade e morbilidade, bem-estar socioeconómico familiar.</p>	<p>Justificam a adequabilidade de formulação do problema central através dos efeitos. = 5</p> <p>Identifica uma das raízes do problema central = 1</p>

Avaliação do Projecto de “Formalização da Consulta de Enfermagem em Pneumologia”

Categoria - Sustentabilidade	Subcategoria I e II - Factores Internos - Pontos Fortes e Fracos	Componentes Entrevista	Questões Principais/Secundárias	Respostas Entrevistas	Frequência /Tipo
				<p>3 – Sim a procura cresceu, o que levou a investir neste projecto para promover qualidade vida dos utentes</p> <p>6 – Sim maior qualidade vida nas populações interiores.</p> <p>Técnicos de saúde preferem as cidades</p> <p>4 – 5 – A despesa em saúde é grande temos de investir na prevenção, complicações doenças crónicas e promover qualidade vida da população</p>	
				<p>1 – Não há dados para comparar relativamente a outras patologias do foro de pneumologia</p> <p>3 – Podia ter-se feito um levantamento estatístico mais profundo sobre outras patologias crónicas que merecem atenção em pneumologia.</p>	Não há uma análise estatística comparativa para tirar conclusões. = 2
		b) Causas ou problema raiz	Existe relação entre as causas indicadas e o problema formulado	<p>1 – Sim, novo espaço físico foi positivo, este espaço está no mesmo local da consulta facilita uma acção multidisciplinar</p> <p>2 – Precariedade da Consulta Enfermagem, os utentes tinham mais crises media 1 x mês, hoje diminui para 1 x 6 meses, diminui nº de internamento e idas ao SU</p> <p>3 – Havia carência Enfermeiros o nº de doentes e consultas tinha aumentado</p> <p>4 – Utentes iam muito ao SU por infecções e dispneia, desequilíbrio socioeconómico familiar.</p> <p>6 – Infra-estruturas físicas, Recursos Humanos e material para a consulta</p>	<p>Infra-estrutura física para a consulta = 2</p> <p>Espaço físico comum à consulta = 1</p> <p>Precariedade Consulta Enfermagem = 2</p> <p>Número de crises elevado, infecções = 2</p> <p>Número elevado de internamentos e idas ao SU= 2</p> <p>Número de consultas e doentes a aumentar=1</p>
				<p>4 – As causas identificadas são comuns a outras doenças crónicas</p> <p>1 – É verdades que muitas das causas são comuns a outras doenças crónicas</p>	<p>Muitas das causas identificadas são comuns a outras doenças crónicas. = 2</p>

Avaliação do Projecto de “Formalização da Consulta de Enfermagem em Pneumologia”

		Componentes Entrevista	Questões Principais/Secundárias	Respostas Entrevistas	Frequência Tipo
		c) Efeitos dos problemas	Existe uma relação lógica entre os efeitos identificados e o problema enumerado	<p>4 – A área autónoma de intervenção do Enf.º é os ensinos. Os médicos as vezes não tinham tempo para ensinar a técnica inalatória</p> <p>3 – A proposta de efeito terapêutico esta relacionada com efeito positivo da consulta de enfermagem o que leva a melhoria dos cuidados, benefícios socioeconómicos</p> <p>2 – A formação e ensino terapêutica inalatória e formalização da consulta enfermagem da melhoria qualidade do atendimento, taxa morbilidade e mortalidade, diminuição de internamentos, diminuição de idas ao SU e promove economia saúde.</p> <p>1 – A eficiência terapêutica esta relacionada com os ensinos e grau sociocultural do doente e capacidade de aprendizagem.</p> <p>5 – A consulta enfermagem permite ter dados mais precisos, formar e informar os utentes tem consequências a longo prazo</p> <p>6 – Envolvimento da família é importante para os bons resultados e adesão ao tratamento dando origem a melhor qualidade vida do utente, social pessoal económico.</p>	<p>Ensinos = 4</p> <p>Médicos não tinham tempo para ensinar a técnica inalatória. = 1</p> <p>Consulta enfermagem leva a melhores cuidados e condições socioeconómicas = 3</p> <p>Melhor atendimento, diminuição taxa de mortalidade e morbilidade, diminuição internamentos e diminuição idas ao SU = 1</p> <p>Consulta enfermagem permite ter dados mais precisos = 1</p> <p>Envolvimento família, aumento=1</p>
Categoria - Sustentabilidade	Subcategoria I e II - Factores Internos - Pontos Fortes e Fracos			<p>1 – Dar mais ênfase à formação</p> <p>2 – Considerar-se mais a condição sociocultural, a população é idosa com dificuldade na aprendizagem o que implica muito tempo.</p> <p>3 – A divulgação deveria ter sido mais contínua, a povoação é disperso e os recursos escassos a falta de estímulo leva a desistência dos tratamentos.</p> <p>6 – A não situação familiar para analisar as condições deveria ter sido mais bem analisada.</p> <p>4 – 5 O apoio domiciliário deve ser considerado</p>	<p>Mais formação = 1</p> <p>Perceber as dificuldades de aprendizagem das técnicas características da população – idosos = 1</p> <p>Mais divulgação = 1</p>

Avaliação do Projecto de “Formalização da Consulta de Enfermagem em Pneumologia”

Categoria - Sustentabilidade	Subcategoria I e II - Factores Internos - Pontos Fortes e Fracos	Componentes Entrevista	Questões Principais/Secundárias	Respostas Entrevistas	Frequência Tipo
		Dimensão 3			
		• Analises das necessidades			
		- Formalização da consulta de enfermagem	Os parâmetros estipulados como determinantes para formalizar a consulta foram necessários e suficientes - O circuito definido para o acesso à consulta é o mais adequado	1 – Sim não há atropelos 2 – Bom não existe atropelamento entre utentes nem perda de tempo 3 – Sim está bem. Dentro da estrutura física que existe, não esperam muito 4 – 5 Sim dentro da estrutura física disponível. 6 – Sim evita perda de tempo	Estrutura física adequada =4 Evita atropelamento dos utentes =2 Diminui o tempo de espera =3 Não será fácil criar alternativas diferentes = 1
				1 – Com esta estrutura física os utentes estão sujeitos a mais infecções respiratórias – utentes imunodeprimidos - devia haver uma estrutura própria. 2 – Não permite o esclarecimento de dúvidas, nem troca de ideias entre os utentes, criação desses circuitos exclusivos. 4 – 6 – Estrutura física de dimensões reduzidas, cada vez mais utentes 3 – Estrutura física de dimensões reduzidas	A estrutura física não promove a qualidade de vida, protecção dos utentes mais imunodeprimidos = 1 A estrutura física não promove a comunicação = 1 A estrutura física tem dimensão reduzida = 3 A estrutura física dispersa os utentes = 1
			- A diferenciação da intervenção da enfermagem de acordo com o tipo de consulta, constitui um factor de melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos utentes	Estrutura 1 – O Equipamento adequado e o ambiente facilitado da aprendizagem. A elaboração de protocolos, qualidade recursos humanos	Equipamento adequado = 4 Acessibilidade – Boa localização do Hospital = 2

Avaliação do Projecto de “Formalização da Consulta de Enfermagem em Pneumologia”

Categoria - Sustentabilidade	Subcategoria I e II - Factores Internos - Pontos Fortes e Fracos	Componentes Entrevista	Questões Principais/Secundárias	Respostas Entrevistas	Frequência /Tipo
				<p>2 – Equipa estruturada e a localização do Hospital, inclusão da família</p> <p>3 – A sala bem equipada os ensinamentos personalizados, a inclusão da família. Permite diminuição do número de crises. Conseguimos o aumento do número de doentes. Os médicos que temos são suficientes e a localização do Hospital é boa</p> <p>4 – O acolhimento personalizado é uma melhoria em prática. Conseguimos o aumento do número de utentes, reduzindo o número de crises e utilizando uma linguagem de acordo com o seu grau cultural, o que melhorou a sua qualidade de vida.</p> <p>5 – Espaço próprio para esclarecer dúvidas o que melhora a qualidade de vida</p> <p>6 – Sim. Temos sala própria, equipamento e recursos médicos para acompanhamento do utente</p>	<p>Número de Médicos – suficiente = 3</p> <p>Integração da família no Processo Terapêutico = 2</p> <p>Diminui o número de crises = 2</p> <p>Aumento do número de doentes = 2</p> <p>Especialização do Recursos Humanos = 1</p>
				<p>1 – Falta de enfermeiros com formação própria. Os utentes de longe e com menor grau cultural e sem família tem muita dificuldade na aprendizagem. São pessoas de fracos recursos.</p> <p>2 – As pessoas idosas e fracos recursos e iletrados tem muita dificuldade na aprendizagem, são pessoas de fracos recursos.</p> <p>3 – A sala de ensinamentos e pequena e temos pouco pessoal especializado.</p> <p>4 – 5 As pessoas dos montes têm muitas dificuldades na aprendizagem.</p> <p>6 – Os utentes mais idosos e sem família e que vivem sem condições sanitárias condiciona muito a melhoria de qualidade de vida dos utentes</p>	<p>Poucos recursos humanos Enfermeiros = 2</p> <p>Acessibilidade = 3</p> <p>Grau sociocultural = 2</p> <p>Fracos recursos económicos = 2</p> <p>Tratamento infecções = 1</p> <p>Idade = 2</p> <p>Estrutura física = 1</p> <p>Pessoas sem família = 1</p>

Avaliação do Projecto de “Formalização da Consulta de Enfermagem em Pneumologia”

Categoria - Sustentabilidade	Subcategoria I e II - Factores Internos - Pontos Fortes e Fracos	Componentes Entrevista	Questões Principais/Secundárias	Respostas Entrevistas	Frequência /Tipo
			<p>Critérios para referenciação de prioridades</p> <p>a) Importância alta e urgência alta</p> <p>b) Importância baixa e urgência alta</p> <p>c) Importância alta e urgência baixa</p>	<p>1 – Formalização da consulta é muito importante, conhecimento de técnicas</p> <p>2 – A consulta estar bem formalizada</p> <p>3 – Mais importante apoio gestão senão não há apoios logísticos, estrutura física e Recursos Humanos</p> <p>4 – 5 Mais importante e urgente formalização da Consulta de enfermagem, logo de seguida a formalização de protocolos e a intervenção da família no processo.</p> <p>6 – Integração do doente e família e prioritária e urgente. Transmissão de conhecimento é muito importante e a formalização da CE é urgente.</p>	<p>Formalização = 2</p> <p>Conhecimentos de técnicas = 1</p> <p>Apoio gestão = 1</p> <p>Protocolos = 2</p> <p>Integração da família no processo =3</p>
				<p>1 – Os Recursos Humanos são poucos, o tempo para actualização de conhecimentos é pouco.</p> <p>2 – Recursos Humanos são poucos, os protocolos conhecimentos muito actualizados</p> <p>4 – 5 – 6 Houve alguma resistência de gestão em termos da gestão do tempo de resposta</p>	<p>Recursos Humanos escassos = 2</p> <p>Necessidade de actualização permanente = 2</p> <p>Dificuldade nos timings =3</p>

Avaliação do Projecto de “Formalização da Consulta de Enfermagem em Pneumologia”

Categoria- Permanência	Subcategoria I e II - Factores Internos - Pontos Fortes e Fracos	Componentes Entrevista	Questões Principais/Secundárias	Respostas Entrevistas	Frequência /Tipo
		Dimensão 1 ● Fontes de recolha informação	Os recursos utilizados foram os essenciais em cada fase		
		a) Fonte	As fontes foram as mais pertinentes	1 – Intranet, Médicos, relatórios do Observatório, estatística assistencial do Hospital 2 – State of art, medicação, estilística, nº de crises recorrentes 3 - Relatórios, estatísticas médicas e outros hospitalais 4 – Formação, legislação e dados estatísticos da consulta 6- Aumento do nº de utentes, estatística	Intranet =1 Estatísticas médicas = 5
				1- Fontes intranet desactualizadas 2 – Dificuldade nas actualizações 3 – Sites da intranet desactualizados, falta pela informação. 6- Falta de formação e as fontes de informação 4,5 – Falta avaliação do projecto 4,5 – Falta avaliação do projecto	Fontes desactualizadas = 3 Falta avaliar = 1
		b) Forma	A forma de informação seleccionada foi adequada para caracterizar o problema	1- Material consultado mais fidedigno, estatística assistencial 2 – Dados estatísticos 3- Livros 4 – Dados estatísticos	Fontes desactualizadas = 3
				1 – Literatura ultrapassada 2- Brochuras e cópias insuficientes 3- Literatura técnica cara 4- Falta de tempo para a intranet	Brochuras informativas insuficientes = 1 Falta de tempo para consulta de intranet = 1

Avaliação do Projecto de “Formalização da Consulta de Enfermagem em Pneumologia”

Categoria- Permanência	Subcategoria I e II - Factores Internos - Pontos Fortes e Fracos	Componentes Entrevista	Questões Principais/Secundárias	Respostas Entrevistas	Frequência /Tipo
		c) Método	Metodologia usada para recolher informação respondeu as necessidades	1 – Compro livros com todos os elementos 2 – Protocolos registos pertinentes 3 – Normalização dos registos para avaliar o que se faz. 4– Reuniões para discutir estratégias de melhorias 5-6- Reuniões para discutir casos	Protocolos/ normalização = 2 Reuniões para definir estratégias = 2
				1 – Protocolos desactualizados 2 – Não há reuniões suficientes 3 – Protocolos mais frequentes 4– recolha de dados não fiáveis 5- Recolha de dados não fiáveis, poucas reuniões	Protocolos não actualizados = 2 Fiabilidade dos dados = 2 Falta de reuniões = 2
		d) Responsável	Os responsáveis escolhidos para colaborar na recolha de informação são adequados	1- Sim, ainda hoje mantemos laços profissionais 2 – Sim, com a colaboração com os colegas 3 – Foram adequados que Aida hoje a consulta se mantém 4 – 5-Sim, os médicos e os DIM 6 – Sim, se não fossem a consulta não se tinha expandido	Sim = 5
				1 – Devíamos ter ligação com os colegas do internamento 2 – O envolvimento do centro de saúde é pouco 6 – Colegas do internamento estão esquecidas 5 – É uma falha não reunirmos com os centros de saúde 3 – Fraqueza do projecto, não envolver os colegas dos centros de saúde, principalmente os mais o próximos	Falta de ligação ao internamento = 2 Falta de ligação aos centros de saúde = 3

Avaliação do Projecto de “Formalização da Consulta de Enfermagem em Pneumologia”

Categoria - Permanência	Subcategoria I e II - Factores Internos - Pontos Fortes e Fracos	Componentes Entrevista	Questões Principais/Secundárias	Respostas Entrevistas	Frequência /Tipo
		• Levantamento de problemas	Existe coerência no levantamento do problema		
		a) Problema central	· O problema identificado foi o mais premente	<p>1 – A formalização de CE permite continuidade. A enfermeira ensina da mesma maneira. Permite avaliar.</p> <p>2 – A FCE expandiu-se para todo o distrito e promoveu a eficácia terapêutica, através do ensino correcto da técnica inalatória, com formação realizada pela enfermeira diminui o N° de crises</p> <p>3 – FCE minimiza os custos sociais (família e SNS)</p> <p>4 – 6 – Doentes necessitam de vigilância</p> <p>5- Densidade populacional elevada, aumenta o N° de utentes.</p>	Formalização CE = 3
				<p>1 – 2-Não foram realizados estudos estatísticos para objectivar a formulação do problema</p> <p>3 – Doenças cardiovasculares também apresentam elevada taxa de mortalidade e morbilidade</p> <p>5-6 Não vêm pontos fracos</p>	<p>Estatística = 2</p> <p>Outras doenças = 1</p>
		b) Causas ou problema raiz	· Existe relação entre as causas indicadas e o problema central	<p>1 – Aumento do nº de utentes e de consultas médicas, idosos sós</p> <p>2- Existência de médicos, não existia espaço físico próprio, consulta informal</p> <p>3 – Enfermeira entre dois espaços físicos diferentes, necessidade de espaço físico próprio, e uma enfermeira a tempo inteiro</p> <p>4 – A enfermeira estava em dois espaços físicos, apoiava o s exames 5– A criação do espaço físico é muito importante.</p> <p>6- Existe cada vez mais utentes devido a alterações climáticas</p>	<p>Aumento do N° de utentes = 2</p> <p>Médicos = 1</p> <p>Necessidade de espaço físico = 5</p>
				<p>1 – Poucos recursos Humano</p> <p>2 – Pequena estrutura física para o actual nº de utentes</p> <p>3- O sistema não permite a contracção de enfermeiros os recursos humanos são poucos</p> <p>6- Aumento do nº de utentes, espaço físico tornou-se pequeno e recursos humanos são pouco</p>	Escassez de recursos humanos = 4

Avaliação do Projecto de “Formalização da Consulta de Enfermagem em Pneumologia”

Categoria - Permanência	Subcategoria I e II - Factores Internos - Pontos Fortes e Fracos	Componentes Entrevista	Questões Principais/Secundárias	Respostas Entrevistas	Frequência /Tipo
		c) Efeitos dos problemas	· Os ramos do problema principal esta logicamente relacionado com o problema principal	<p>1 – Doentes verbalizam, tem faltado menos ao trabalho, sabem identificar os factores ambientais desencadeantes adversos, diminuindo o nº de crises o que evita a diminuição de idas ao serviço de urgência, diminui o nº de internamentos reduzindo os custos em saúde</p> <p>2- Estão a realizar a técnica inalatória correcta, não apresentam efeitos secundários da medicação, tem melhor qualidade de vida</p> <p>6- Estão satisfeitos, verbalizam que têm menos crises e gastam menos dinheiro com os medicamentos.</p> <p>3- Os panfletos são úteis para o procedimento correcto, em caso de dúvidas e tem o contacto telefónico da enfermeira, é muito útil para escarnecer dúvidas.</p> <p>4- A formação realizada pela enfermeira aos utentes é importante para a melhoria da qualidade de vida, no controlo da doença ao executarem a técnica inalatória correcta.</p>	<p>Diminuição do absentismo = 2</p> <p>Resultados da formação / informação = 4</p>
				<p>1 – Se houvesse mais reuniões ganhava-se tempo e esclareciam as dúvidas</p> <p>2 – Os utentes da psiquiatria aprendem mal e fazem mal a técnica</p> <p>3 – Os utentes com sequelas de AVC tem muita dificuldade em fazer a técnica</p> <p>4 – Os ensinso não são em grupo</p> <p>5-6- As doenças associadas dificultam a aprendizagem e a realização de técnica</p>	<p>Reuniões individuais = 2</p> <p>Obstáculos/ dificuldade de aprendizagem = 3</p>

Avaliação do Projecto de “Formalização da Consulta de Enfermagem em Pneumologia”

Categoria - Permanência	Subcategoria I e II - Factores Internos - Pontos Fortes e Fracos	Componentes Entrevista	Questões Principais/Secundárias	Respostas Entrevistas	Frequência /Tipo
		Dimensão 3 · Analises das necessidades			
		a) Formalização da consulta de enfermagem em pneumologia	Os parâmetros estipulados como determinantes para formalizar a consulta foram necessários e suficientes · O circuito definido para o acesso à consulta é o mais adequado	1 – O tempo de espera é satisfatório	Bom tempo de espera = 3
				2 – O acesso é bom, os gabinetes não mudam, espera-se pouco 3 – O circuito é rápido 4 – O circuito é simples 5-6- Na primeira consulta há um procedimento mais demorado, nas subsequentes é mais rápido	Acesso = 2
				1 – Na sala de espera não ouvem as chamadas 2 – Utentes imunodeprimidos estão junto com outros doentes 3 – O espaço devia ser para utentes imunodeprimidos 4-A sala de espera é muito grande e fria 6-Na sala não ouvem a chama da enfermeira	Não ouvem a chamada = 2 Utentes imunodeprimidos estão misturados com os outros = 2 Sala desconfortável = 1
			· A diferenciação da intervenção da enfermagem de acordo com o tipo de consulta, constitui um factor de melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos utentes	1 – A realização dos profissionais é prestar bons cuidados, os utentes gostam dos cuidados, tem menos crises e vão menos vezes ao serviço de urgência. Sempre que possível inclui-se a família no processo terapêutico 6– Os ensinamentos têm sido satisfatórios, há menos crises, tem melhor qualidade de vida, há menos absentismo profissional 3 – Vem todo o tipo de utentes, o grau cultural não é o factor mais importante para o tratamento, mas a idade. Com utentes de 40 a 50 anos temos melhores resultados 2–Os utentes estão melhores, fazem follow up, são doentes crónicos. 4 – Os utentes recusavam a doença, agora estão mais esclarecidos, sentem-se melhores.	Menos crises = 3 Status social mais elevado = 2 Diminuição do absentismo profissional = 1 Mais formação = 1

Avaliação do Projecto de “Formalização da Consulta de Enfermagem em Pneumologia”

Categoria - Permanência	Subcategoria I e II - Factores Internos - Pontos Fortes e Fracos	Componentes Entrevista	Questões Principais/Secundárias	Respostas Entrevistas	Frequência /Tipo
		a) Formalização da consulta de enfermagem em pneumologia (Cont.)	· A diferenciação da intervenção da enfermagem de acordo com o tipo de consulta, constitui um factor de melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos utentes (Cont.)	<p>1 – Utesntes de mais longe faltam aos follow up.</p> <p>2 – Utesntes mais novos faltam aos follow up Falta de informação</p> <p>3 – Com o aumento do número de utentes devia-se alargar a consulta ao sábado</p> <p>4- Os utentes de mais longe faltam mais as consultas</p> <p>5-6- O aumento do número de utentes e os mesmos recursos humanos dificulta a manutenção da qualidade dos cuidados</p>	<p>Os utentes que residem mais longe faltam mais = 2</p> <p>Os utentes mais novos faltam mais = 1</p> <p>Falta de informação = 1</p>
			A ordenação das prioridades em:	<p>1 – FCE fidelizou utentes, é um local de referência, confirma a importância e urgência desta formalização.</p> <p>2 – FCE foi importante e urgente tal como espaço físico para ensinos e utentes controlarem a sua doença</p> <p>3 –O espaço físico ,o apoio da gestão e a elaboração de protocolos foi uma mais valia para a qualidade dos cuidados</p> <p>4 – O apoio da gestão foi uma mais-valia para a continuidade da consulta</p>	<p>Prioridade importância e urgência alta – FCE = 4</p> <p>Prioridade urgente, espaço físico = 2</p> <p>Prioridade importante, apoio da gestão = 1</p>
			<p>a) Importância alta e urgência alta</p> <p>b) Importância baixa e urgência alta</p> <p>c) Importância alta e urgência baixa</p> <p>São coerentes com o modelo referencial inicial?</p>	<p>1 – FCE, foi urgente e importante, contudo não é exequível sem espaço físico</p> <p>2 – O material e equipamento são insuficientes, é muito importante</p> <p>3– O espaço físico e os recursos humanos são uma prioridade importante</p> <p>4- Prioridade importante e urgente, actualmente tem menos tempo para a actualização de protocolos</p>	<p>O nível de importância e urgência fica entre a FEC e o espaço físico, pois, sem o outro não era viável = 3</p> <p>Actualmente o tempo para actualizar protocolos tem uma prioridade de importância e urgência alta = 1</p>

Avaliação do Projecto de “Formalização da Consulta de Enfermagem em Pneumologia”

Categoria - Permanência	Subcategoria I e II - Factores Internos - Pontos Fortes e Fracos	Componentes Entrevista	Questões Principais/Secundárias	Respostas Entrevistas	Frequência /Tipo
		Dimensão 2 · Matriz de enquadramento lógico	Existe coerência entre os problemas identificados e os objectivos respondem o suficiente		
		a) Objectivos	a) A estratégia delineada assegura o cumprimento dos objectivos (MEL)	1 – O espaço físico é importante para atendimento personalizado. O utente sabe onde se dirigir 2 – A divulgação nos centros de saúde foi eficiente. O acolhimento é personalizado 3 – A formalização da Consulta de enfermagem melhorou a qualidade de vida da população, existe um maior controlo das doenças nos diferentes utentes 4 – A divulgação da Consulta de enfermagem foi determinante 5 – O espaço físico para criar um ambiente amigável para os ensinos, foi importante	Espaço físico = 2 Divulgação = 2
				1- Espaço físico reduzido 2 – Divulgação escassa 3 – Divulgação nos centros de saúde escassa 4 - Informação restrita a consulta	Espaço físico reduzido = 1 Informação escassa = 3
			b) Caracterização dos Objectivos é verificável e avaliável (indicadores verificáveis)	1 – Na primeira consulta preenche-se a ficha de identificação 2 – Reuniões com a equipa para discutir resultados 3 – Os ensinos são adequados a cada utente 4 – Brochuras informativas são importantes para a autonomia de utente 5 – 6 – Formação adequada foi uma mais-valia	Fichas de registo = 2 Reuniões em equipa = 2 Ensinos padronizados = 2 Suportes informativos = 1
				1 – Registos incompletos. As vezes a divulgação têm ficado para trás. A formação não tem sido suficiente. 2- A divulgação tem sido descurada 3– Não há tempo para as reuniões necessárias 4 – Registos incompletos. As consultas subsequentes têm diminuído. 5 – Devia de haver mais reuniões. 6- Falta de tempo, os registos são menos completos	Registos não completamente preenchidos = 3 Divulgação escassa = 2 Reuniões /formação = 2

Avaliação do Projecto de “Formalização da Consulta de Enfermagem em Pneumologia”

Categoria - Permanência	Subcategoria I e II - Factores Internos - Pontos Fortes e Fracos	Componentes Entrevista	Questões Principais/Secundárias	Respostas Entrevistas	Frequência /Tipo
			c) Os objectivos são caracterizáveis naqueles pressupostos	<p>1 – A integração da família principalmente dos utentes mais idosos e frágeis fisicamente e mentalmente. Os ensinos requerem alguma destreza</p> <p>2 – Aceitação da população da população muito positiva</p> <p>3 – FCE melhorou o acesso a população.</p> <p>4 – O acolhimento personalizado e especialização da enfermeira. A contribuição para reduzir as despesas em saúde</p> <p>5 – A divulgação da consulta foi bem aceite pela população, aumento do número de utentes</p>	<p>Integração da família = 1</p> <p>Melhorou o acesso = 1</p> <p>Acolhimento personalizado = 1</p> <p>Divulgação da consulta = 1</p>
				<p>1 – O acolhimento menos personalizado devido aos poucos recursos humanos dificulta a captação de utentes que residem mais longe</p> <p>2 – Nas famílias destruídas os ensinos são mais complicados</p> <p>3 – O acesso dos locais mais distantes ainda é difícil</p> <p>4 - A informação não actualizada por falta de tempo. Formação escassa</p>	<p>Dificuldade em acolher de forma personalizada e captar utentes dos locais mais distantes = 2</p> <p>O tempo dificulta a actualização da informação = 1</p>
		Dimensão 4 · Continuidades da CE		<p>1 – A FCE e a continuação tem resultados positivos</p> <p>2 – Resultados positivos com os ensinos sobre a terapêutica inalatória, menos crises</p> <p>3 – A FCE tem resultados positivos, através da realização dos ensinos, com uma intervenção mais eficaz. É um espaço de referência. Segurança por ter contacto directo, menos crises.</p> <p>4 – 5-Com a FCE existe formação do ensino da técnica inalatória obtendo melhores resultados: os utentes têm menos crises</p> <p>6 –A FCE proporciona bem estar: É uma referência e realizam-se ensinos adequados.</p>	<p>Resultados positivos = 5</p> <p>Mais eficácia = 4</p> <p>Consulta localizada = 2</p> <p>Segurança para os utentes = 1</p>

Avaliação do Projecto de “Formalização da Consulta de Enfermagem em Pneumologia”

Categoria - Permanência	Subcategoria I e II - Factores Internos - Pontos Fortes e Fracos	Componentes Entrevista	Questões Principais/Secundárias	Respostas Entrevistas	Frequência /Tipo
		· Continuidades da CE (Cont.)		<p>1-O gabinete tem um espaço pequeno, não dá para a realização de ensinos em grupo.</p> <p>2 – Os recursos humanos são escassos, espaço físico pequeno</p> <p>3 – Os recursos humanos são escassos, espaço físico reduzido e existe pouca divulgação nos centros de saúde.</p> <p>4-6- Os recursos humanos são poucos, o espaço reduzido, e temos pouco tempo para reunir.</p> <p>5-Temos pouco tempo, existe pouca divulgação no centros de saúde</p>	<p>Dimensão reduzidas = 5</p> <p>Escassos recursos humanos = 4</p> <p>Pouca divulgação no centros de saúde = 2</p>
		Dimensão 5 Divulgação e apresentação do fluxograma na consulta externa	Foram definidos circuitos e foram elaborados suportes para informação dos utentes?	<p>1 – O fluxograma para panificar o circuito do utente, divulgou-se na sala de espera fazendo cópias</p> <p>2 – Foram dadas cópias do fluxograma para os utentes</p> <p>3 – O fluxograma dá a noção da organização da consulta</p> <p>4 – Foram dados panfletos da organização para os utentes</p>	<p>Divulgação do fluxograma = 3</p> <p>Fluxograma dá a noção da organização = 1</p>
				<p>1 – O fluxograma já não é tão divulgado</p> <p>2– O fluxograma deveria ter sido actualizado e continuar a sua divulgação</p> <p>3- A divulgação do fluxograma abrandou</p> <p>4- Por falta de tempo o fluxograma não tem sido divulgado, até as cópias acabaram</p> <p>5 – 6 – Só no início se elaboram copias para a divulgação do fluxograma, agora não se tem feito mais cópias</p>	<p>Não se tem divulgado o fluxograma = 6</p> <p>Não se tem actualizado fluxograma = 1</p>

Avaliação do Projecto de “Formalização da Consulta de Enfermagem em Pneumologia”

Categoria - Permanência	Subcategoria I e II - Factores Internos - Pontos Fortes e Fracos	Componentes Entrevista	Questões Principais/Secundárias	Respostas Entrevistas	Frequência /Tipo
		Dimensão 6 Envolvimento institucional	Facilitação na formação · Elaboração e aprovação de formas de registo de produção. Experiencia adquirida.	<p>1 – Início o registo pela verificação da vinheta. Há diferenças entre a primeira consulta e as subsequentes.</p> <p>Recolhe-se dado sobre o estado do doente, medicação e realiza-se um acolhimento personalizado</p> <p>2- Realiza-se o registo em todas as consultas, a avaliação da intervenção</p> <p>3- O primeiro contacto é realizado pela etiqueta do processo clínico. Registam-se todos os procedimentos, o acolhimento é adequado</p> <p>4- O acolhimento é adequado, o ambiente é importante para o levantamento de dados</p> <p>5-6 – O acolhimento é personalizado</p>	<p>Existem protocolos de registos consoante é a primeira consulta ou as subsequentes = 2</p> <p>O acolhimento é personalizado = 5</p>
				<p>1 – Os registos informatizados, a base de dados não é muito prático para os dados estatísticos</p> <p>2 – O acolhimento às vezes não é o melhor devido à falta de tempo</p> <p>3 – Os registos são pouco acessíveis para a estatística e o espaço físico limita</p> <p>5-Os sistema de registo não é prático, não dá o histórico nem a estatística</p>	<p>Não há feedback dos registos em termos estatísticos = 3</p> <p>Falta de tempo para um melhor acolhimento = 1</p>

Avaliação do Projecto de “Formalização da Consulta de Enfermagem em Pneumologia”

Categoria Sustentabilidade	Subcategoria I e II - Factores externos – Oportunidades – Ameaças	Componentes Entrevista	Questões Principais/Secundárias	Respostas Entrevistas	Frequência /Tipo
		Demográficos	Dimensão potencial da população · A consulta consegue atrair toda a população potencial na sua área de atracção?	1 – Sim. Espera-se que atrai toda a população da área de intervenção 2 – A Enfermeira tem objectivo de atrair utentes de todos os conselhos de Évora. 3 – Ao reunir com órgão de gestão e Centro de saúde espera-se atrair utentes de todo o distrito 4 – Sim. Espera-se atrair utentes de todos os conselhos. 5- O hospital é de referência no Alentejo e por isso espera-se que esta consulta de enfermagem também seja. 6 - Também é objectivo atrair utentes de distritos limítrofes	Intranet =1 Estatísticas médicas = 5
				1- O isolamento e a falta de transportes e meios económicos limitam a capacidade de atracção. 2 – O Isolamento. 3 - Mais divulgação aos centros de saúde. 4- O isolamento e o acesso difícil.	Isolamento = 3 Falta de divulgação = 1
		Acessibilidade	Divulgação da consulta · O número de utentes cresceu com a CE?	1 – Os médicos tinham cada vez mais utentes, daí a importância da FCE 2 – Sim 3 – Sim. Com a divulgação aos centros de saúde 4– 6- Sim. Com uma boa divulgação	Sim. Com boa Divulgação = 3
				1 – Houve anos em que p número de utentes decresceu. 2 – O pouco tempo para a divulgação e o número de utentes pode decrescer. 3 – A divulgação é deficiente e não atinge os centros mais longe. 4– 6- A divulgação não foi igual e equilibrada para todos os centros de saúde	A divulgação não foi igual para todos os centros de saúde = 2 Pouco tempo de divulgação = 1

Avaliação do Projecto de “Formalização da Consulta de Enfermagem em Pneumologia”

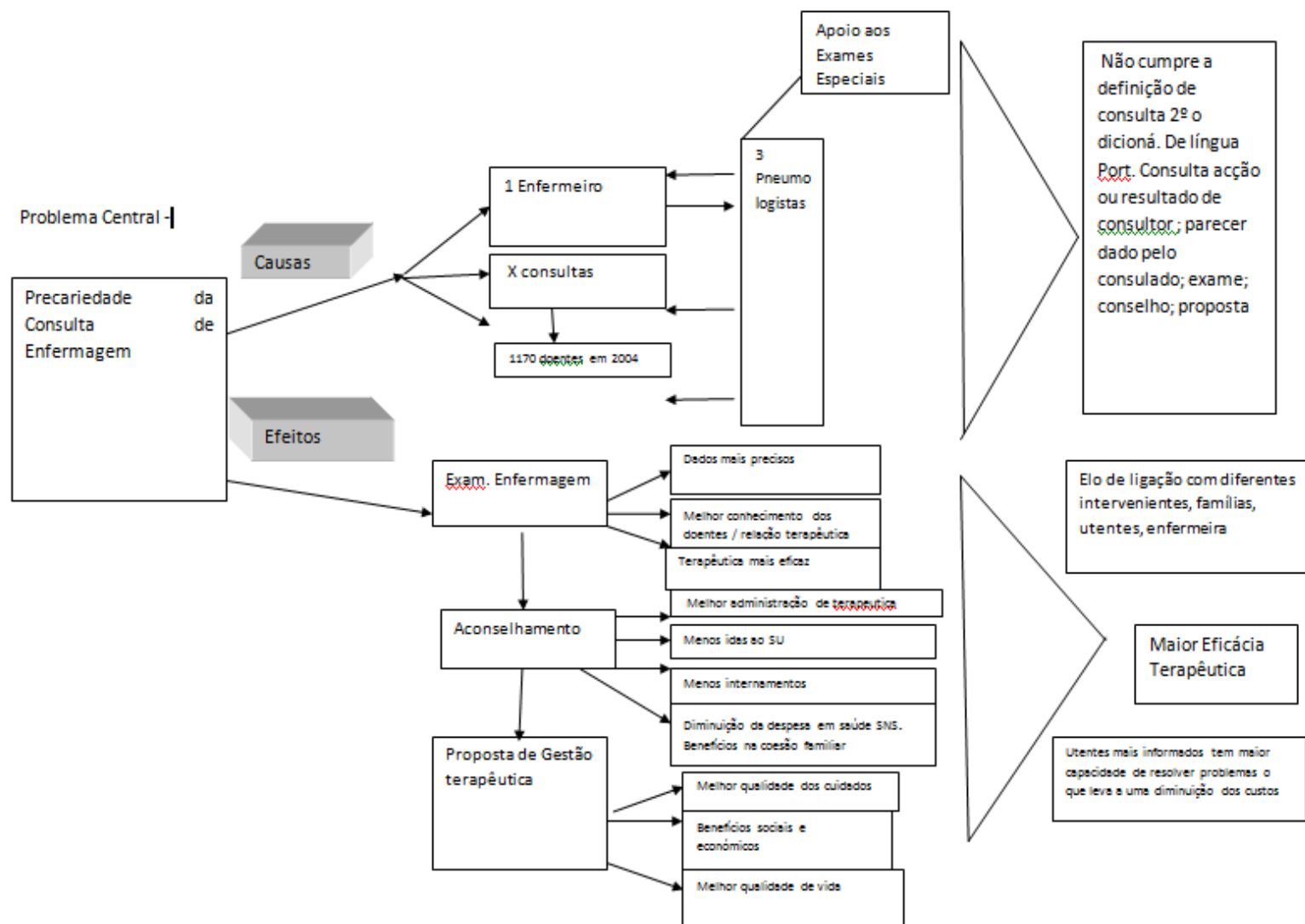
Categoria - Sustentabilidade	Subcategoria I e II - Factores externos – Oportunidades – Ameaças	Componentes Entrevista	Questões Principais/Secundárias	Respostas Entrevistas	Frequência /Tipo
		Prevalência	Cobertura da doença respiratória · A população da dimensão seguida em consulta	1 – Utentes que já vêm à consultam 2 – 4 – 6 – 5- Utentes com DPOC	Utentes da consulta = 5
				Não previsto	
		Incidência	Capacidade de atrair utentes · Número de casos novos	1-Temos novos casos vindos do centro de saúde 2-Casos das consultas médicas 4-5-6 – Novos casos do centro de saúde, principalmente de Portel	Utentes vindos do centro de saúde e consulta e pneumologia = 5
				Não foram previstas	
		Satisfação dos utentes	Receptividade dos utentes · Número de reclamações e número de agradecimentos	1-Temos o livro amarelo 2-3-4-5-6- Livro amarelo. Agradecimentos informais	
				Não referem	Livro amarelo = 6 Agradecimento informal = 5

Avaliação do Projecto de “Formalização da Consulta de Enfermagem em Pneumologia”

Categoria - Permanência	Subcategoria I e II - Factores externos – Oportunidades – Ameaças	Componentes Entrevista	Questões Principais/Secundárias	Respostas Entrevistas	Frequência /Tipo
		Demográficos	Dimensão potencial da população · A consulta consegue atrair toda a população potencial na sua área de atracão?	1 – Conseguimos atrair utentes de todos distritos através da divulgação dos centros da saúde. 2 – A consulta cresceu 3 – Temos utentes de todo os distrito 4 – 5- 6- Continuamos a ter utentes de todos os distritos. Não tem	Utentes de todo o distrito = 5 A consulta cresceu = 1
		Acessibilidade	Divulgação da consulta · O número de utentes cresceu com a CE?	1 – Sim. Nos primeiros anos houve um aumento significativo 2 – Sim 3 – Iniciamos com 1297 em 2005 e já tínhamos 2302 4- Boa afluência Não tem	Sim = 5
		Prevalência	Cobertura da doença respiratória · A população da dimensão seguida em consulta	1 – Maior número de utentes tem DPOC e asma e a prevalência e de 2302 em 2010 2 – O maior número de utentes é os com DPOC e asma Não previsto	A prevalência em 2010 é de 2302 utentes e essencialmente utentes com DPOC e asma
		Incidência	Capacidade de atrair utentes · Número de casos novos	1- Cresce em 2006 cerca de 0,8% e 20% em 2008 2- 3-5-6- Continuam a surgir casos novos Não foram previstas	Continuam a aparecer novos casos todos os anos = 5 As entrevistas não referem
		Satisfação dos utentes	Receptividade dos utentes · Número de reclamações e número de agradecimentos	1- Não há reclamação dos utentes nem agradecimentos no livro amarelo 2- Não há nada no livro amarelo 3 - 6 – Não agradeceram no livro amarelo As entrevistas não referem	Agradecimento informal = 2 Cartões de boas festas As entrevistas não referem

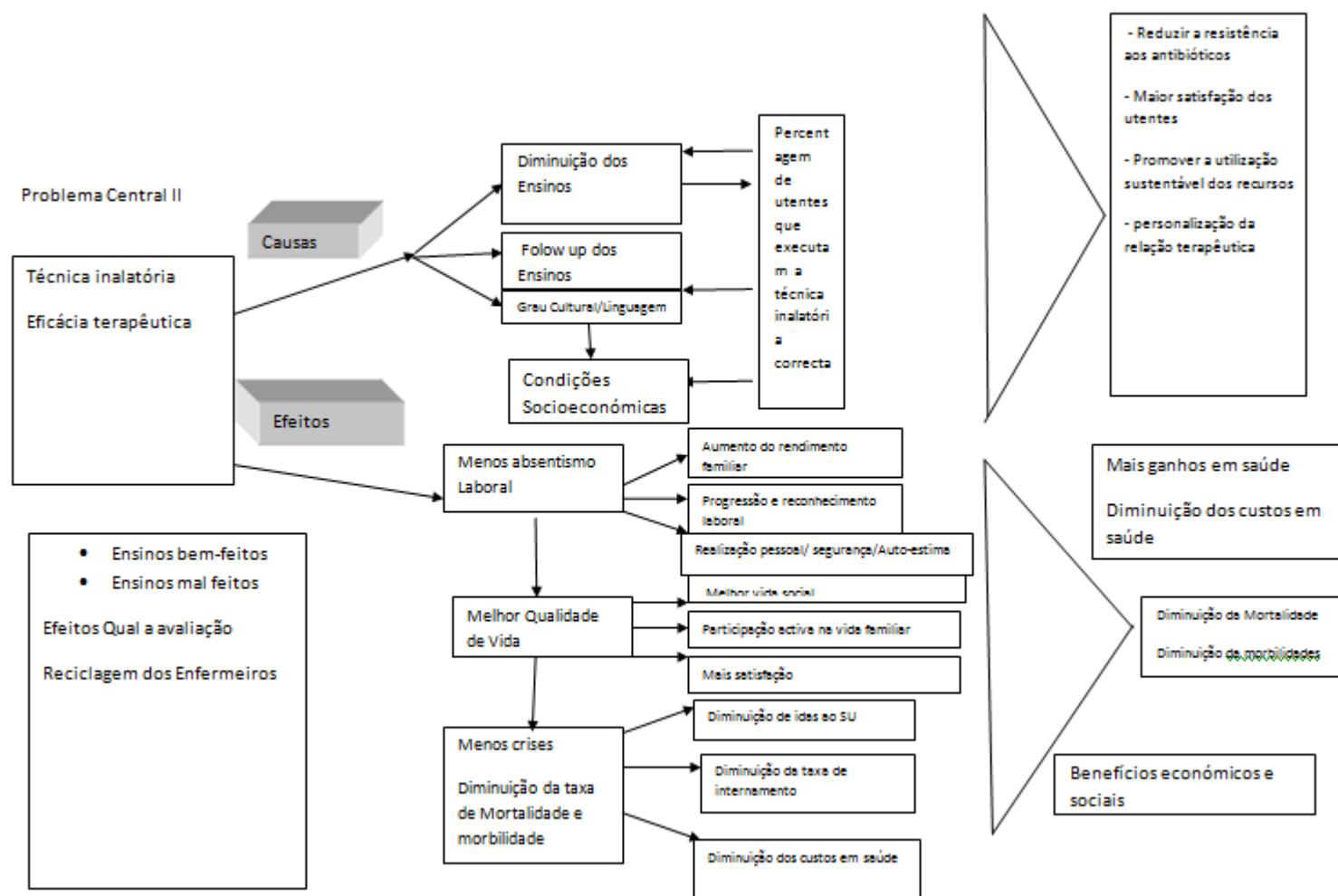
ANEXO- VII

Levantamento de Problema 1



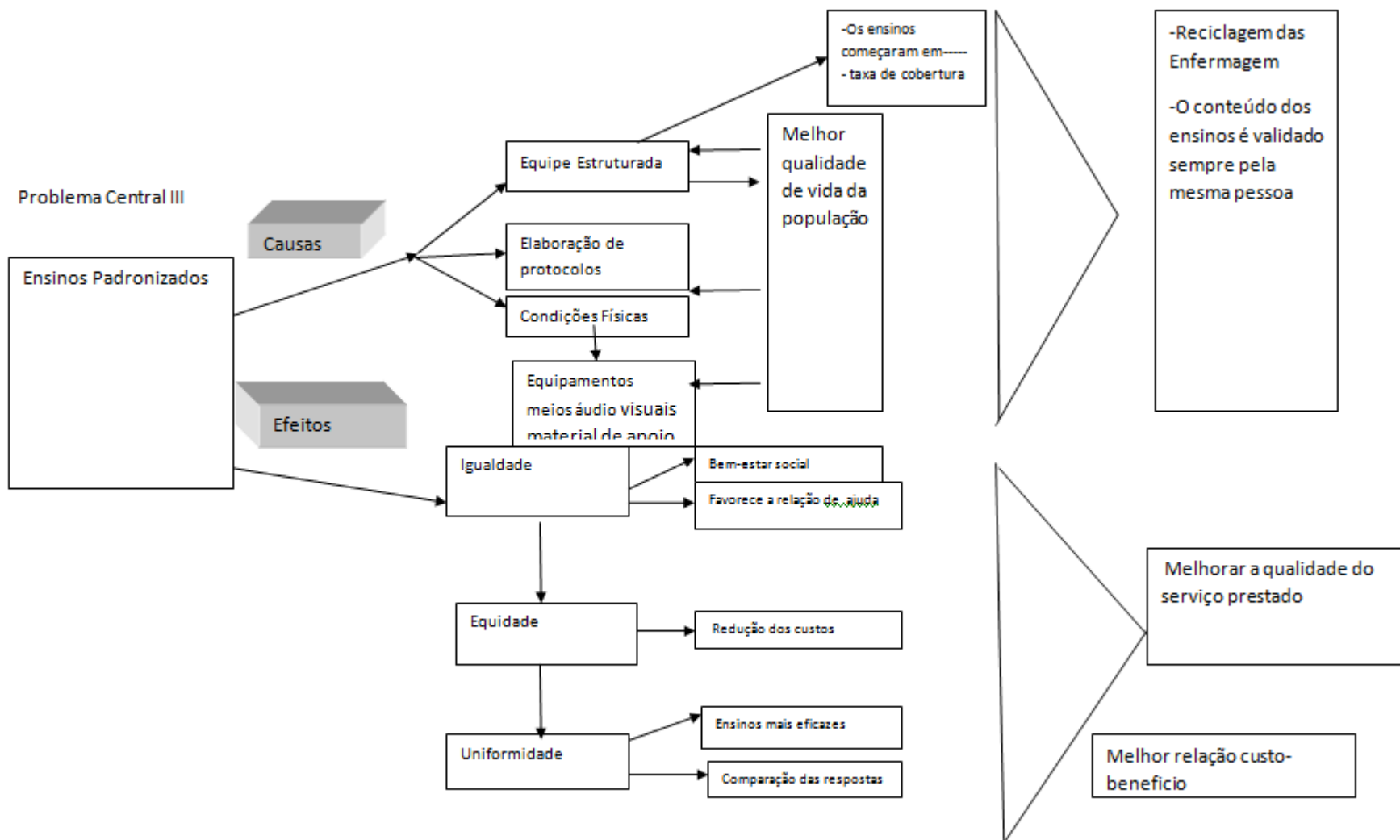
ANEXO- VIII

Levantamento de Problema 2



Anexo XIX

Levantamento de Problema 3



Anexo X

Análise SWOT – Três Problemas identificados

Problema nº 1 – Precariedade da Consulta de Enfermagem

INTERNO	PONTOS FORTES -3 Médicos pneumologistas - Enfermeira com um projecto	PONTOS FRACOS - A Enfermeira dá apoio aos exames especiais -Não existe ensinos padronizados - Sem programa de educação para a saúde
EXTERNO	OPORTUNIDADES - Aumento do nº de doentes – 930 doentes e 1170 em 2004 - Melhor qualidade de vida dos utentes	AMEAÇAS - Doentes sem seguimento de Enfermagem – - Não havia elo de ligação entre doente/família – Enf./ médico

Problema nº 2: Técnica inalatória - Eficácia terapêutica

INTERNO	PONTOS FORTES - Elevado nº de doentes	PONTOS FRACOS - A não existência de sala própria para ensinos
EXTERNO	OPORTUNIDADES - Acessibilidade, vivem mais longe -Elevado grau social e económico e cultural - Apoio familiar favorável	AMEAÇAS - Não controlo dos ensinos, doentes descompensados, mais gastos em saúde - Fraca acessibilidade, vivem mais longe - Baixo grau social e económico - Falta de apoio familiar e social - Doenças associadas e incapacidade física

Problema nº 3 – Ensinos Padronizados

INTERNO	PONTOS FORTES - Disponibilidades dos Médicos para ensinos	PONTOS FRACOS - Não uniformidade dos ensinos
EXTERNO	OPORTUNIDADES - Aceitação e receptividade da população - Controlo e gestão da doença por parte do doente o que eleva a a qualidade de vida	AMEAÇAS - Não existência de estruturação da formação. - Inacessibilidade ao conhecimento - Repetição das crises